
LANE MEDICAL LIBRARY STANFORD
N33 .K79 1875 STOR
Die Syphilis wahrend der Periode ihrer
24503430720



DIE SYPHILIS

WÄHREND DER PERIODE IHRER

INITIAL- UND FRÜHFORMEN

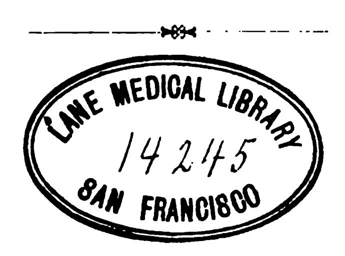
UND DEREN BEHANDLUNG.

AUF GRUND VON FOURNIER'S „LEÇONS SUR LA SYPHILIS"

DARGESTELLT VON

DR. EMANUEL KOHN,

DOCENT FÜR SYPHILIDOLOGIE AN DER WIENER UNIVERSITÄT.



WIEN 1875.

DRUCK UND VERLAG VON L. W. SEIDEL & SOHN.

Den Herren

Dr. F. Romeo Seligmann,

k. k. Professor an der Wiener Universität etc. etc.

Dr. Franz Seligmann,

k. k. Marine-Stabsarzt etc. etc.

Dr. Leopold von Seligmann,

k. k. Oberstabsarzt etc. etc.

in Verehrung gewidmet.



VORWORT.

Es ist nicht zu läugnen, dass unsere Fach-Literatur reich an Werken ist, welche die Lehre von der Syphilis zum Gegenstande haben. Wenn nun ungeachtet dieser sich auf-drängenden Wahrnehmung eine deutsche Bearbeitung von Fournier's „Leçons sur la Syphilis etudiée plus particulièrement chez la femme“ hiermit der Oeffentlichkeit übergeben wird, so geschieht diess deshalb, weil die in gewissen Dingen eigen-thümlichen Manifestationen der luetischen Diathese bei Weibern in den einschlägigen Publicationen nur so nebenbei abgehandelt werden. Und doch hätten sie schon wegen ihres häufigen Vor-kommens längst eine eingehendere Darstellung verdient. Eine Schilderung jener Krankheitserscheinungen allein, lösgelöst von allen übrigen auf die Lehre von der genannten Dyscrasie bezüglichen Auseinandersetzungen im Vorliegenden darzu-bieten, war nicht thunlich, weil ein Theil der letzteren des untrennbaren Zusammenhanges, der Deutlichkeit wegen, dennoch im Buche hätte Platz finden müssen. Es empfahl sich daher nicht, nur eine Auswahl aus dem 1000 Seiten zählenden Werke Fournier's zu veranstalten, sondern es schien weit zweckmässiger dasselbe als Ganzes zu bearbeiten. Dabei musste Manches, was dort als erwiesen angenommen, mit apodictischer Schärfe behauptet wurde, das aber nur den Werth individueller Anschauung besitzt, in einer diesem Umstande Rechnung

tragenden Weise vorgebracht, die gegnerische Ansicht musste gehört werden, damit dem Leser die Möglichkeit geboten sei, sich selbst ein Urtheil zu bilden. Dass hiebei **hauptsächlich** die Lehren der Wiener Schule reproducirt wurden, wird dem Jünger derselben kaum zu verargen sein.

Durch alles das konnte immer jenes Ziel: Darstellung der Syphilis, wie sie sich insbesondere beim Weibe präsentirt, vor allem berücksichtigt — der Doppelzweck angestrebt werden, dem älteren Collegen, dem praktischen Arzte, der die Universität längst verlassen hat, ein Bild des für ihn weitaus wichtigsten Theiles der Disciplin, wie sie heute ist, zu bieten; dem jüngeren aber, dem Studirenden sollte ein alles Wesentliche umfassender Grundriss der Lehre von der luetischen Diathese in die Hand gegeben werden, der so viel Detail enthält, als für die Erkenntniss dessen, was gewöhnlich auf den Kliniken für syphilitische Krankheiten zur Beobachtung kommt, nothwendig ist.

Ob dieser Zweck erreicht ward, darüber mögen die Leser wohlwollend entscheiden.

WIEN, im Mai 1875.

Dr. Emanuel Kohn.

Inhalts-Verzeichniss.

Einleitung.

I. Abtheilung.

Die Initialformen der Syphilis: Der „Schanker" und der syphilitische Bubo.

II. Abtheilung.

Die Syphilis während der Periode der Frühformen.

*

III. Abtheilung.

Ueber Diagnostik, Prognose und Therapie der Syphilis im Allgemeinen und ihrer Frühformen insbesondere.

Anhang.

Die Erkrankungen des Auges während der Periode der Frühformen der Syphilis.

Einleitung.

Der Vorwurf dieser Blätter ist die Lehre von der Syphilis.

§ 1. Die Syphilis ist eine Krankheit, welche nach gewissen, man kann sagen, unabänderlichen Gesetzen sich entwickelt.

Diese Gesetze sind Abstractionen der klinischen Beobachtung und der Resultate von Experimenten, welche letztere die ersteren ergänzen und bekräftigen, bisweilen auch erklären. Dabei muss bemerkt werden, dass bezüglich keiner der contagiösen Krankheiten schon so lange, so viel und so erfolgreich experimentirt worden ist, als bezüglich der Syphilis.

Diese Gesetze sind (selbstverständlich) für beide Geschlechter gleich und lassen sich in drei Hauptpunkte zusammenfassen.

1. Die Syphilis hat, wenigstens gegenwärtig, keine spontane Entwicklung, sie ist immer das Ergebnis einer Contagion, einer Einimpfung, des materiellen Eindringens einer virulenten, specifischen Substanz in den Organismus.

Es ist natürlich nicht zu läugnen, dass es einmal irgend Jemand gegeben haben muss, welcher der Erste Träger der Syphilis war, wie sich aber an diesem die Krankheit entwickelt haben mag, darüber können wir nicht einmal eine Vermuthung hegen.

2. Das erste merkbare Ergebnis jener Contagion entwickelt sich immer genau an der Stelle der Einimpfung oder des materiellen Eindringens der virulenten, specifischen Substanz in den Körper und tritt immer erst nach Verlauf einer kürzeren oder längeren Zeit — Incubation — in die Erscheinung.

Diese Incubation, deren Kenntnis man hauptsächlich dem Experimente verdankt, beträgt 10—42 und mehr Tage — im Mittel 25 Tage. Niemals — es sei ausdrücklich betont — erscheint der eigentliche syphilitische Primäraffect, welcher die folgenden Affectionen einleitet, am zweiten, dritten, vierten Tage, auch nicht in der ersten Woche nach der Contagion. Bisweilen entwickelt sich wohl bei der experimentellen Einimpfung des syphilitischen Contagiums früher als in der angegebenen Zeit irgend ein locales Phänomen inflammatorischer Natur an der Stelle der Einimpfung. Allein dieses ist nur hervorgegangen aus der Durchstechung der Haut, aus der Einführung eines fremden, noch dazu virulenten Körpers unter die Haut, und es verschwindet auch bald, während jener Primäraffect, der längere Zeit persistirt, sich im Stillen vorbereitet und erst nach Ablauf von mehreren Tagen manifest wird.

Die klinische Beobachtung hat in Fällen, die man genau controliren konnte, gelehrt, dass 3 bis 4 Wochen nach einem coitus impurus vergehen können, ohne dass der Primäraffect sich zeigt — ein Zeitraum, während dessen der Kranke auch dem Arzte als gesund imponiren kann — was, als sehr wichtig für die Praxis, besondere Berücksichtigung verdient.

An Weibern sind Beobachtungen, die man in Bezug auf Feststellung der Incubation verwerthen könnte, viel seltener zu machen, als an Männern. Nicht häufig unterwerfen sich die Weiber blos nach einem einmaligen Coitus der ärztlichen Beaufsichtigung. Nur die nicht alltäglichen Fälle von Angriffen auf die Schamhaftigkeit, stuprum violentum, Verhaftung nach einmal gepflogenem Beischlafe etc. geben Gelegenheit zur Feststellung der Chronologie in der Reihe der Erscheinungen.

Clerc berichtet über folgenden, hier einschlägigen Fall. Eine junge Frau wurde mit eiteriger Urethritis in das Spital aufgenommen; nach 4 Wochen zeigte sich an der Oberlippe eine Excoriation, welche sich alsbald in ein indurirtes Geschwür umwandelte, dem dann später Allgemeinerscheinungen von Syphilis folgten. Bei dem nun eingehend vorgenommenen Examen in Bezug auf die Provenienz jener Excoriation gestand sie, 2—3 Tage vor ihrer Aufnahme ins Spital, den coitus per os vollzogen zu haben.

Fournier erzählt einen ähnlichen genau von ihm beobachteten Fall, wo die Infection an den Brüsten stattgefunden hatte, die Infectionsquelle durch Confrontation nachweisbar war und die Incubation drei

Wochen betrug. So wird es erklärlich, wie an Ammen die Primärerscheinungen der Syphilis erst auftreten, lange nachdem sich an dem inficirenden Säuglinge die Affectionen im Munde, welche die Nährmutter ansteckten und die eine Theilerscheinung der Allgemeinerkrankung des Kindes sind, gezeigt haben, oder gar erst, nachdem der inficirende Säugling den Folgen der hereditären Syphilis, mit welcher er behaftet war, erlegen ist.

Dr. Dion (von Lyon) hat (in den Annales de Dermatologie et de Syphilographie, 1870) 17 Fälle gesammelt, in denen die Syphilis drei Tage bis einen Monat nach dem Tode des Säuglings, an der Amme manifest wurde.

Die Verschiedenheit der Dauer der Incubation ist durch Umstände bedingt, welche uns noch ganz unbekannt sind.

Aus obigem Grunde soll man alle Jene, die nach einem verdächtigen Beischlafe den Arzt consultiren, aufmerksam machen, dass sie sich genau beobachten und bei dem Auftreten irgend eines im geringsten zweifelerregenden Umstandes sich jedes ferneren Beischlafes enthalten. Diese Selbst-Controle muss sich auf 3—4 Wochen und darüber nach jenem Beischlafe erstrecken, denn es sind Fälle vorgekommen, in denen sich die Incubation über die sechste Woche hinaus ausdehnte.

3. Der Primäraffect an der Stelle, wo das virus syphiliticum in den Körper eingedrungen ist, bleibt immer durch eine gewisse Zeit das einzige Symptom der Erkrankung. Nach dieser Zeit treten andere zahlreiche und verschiedenartige Symptome des Leidens auf, welche sich wesentlich und auch dadurch von dem Initialaffecte unterscheiden, dass sie nicht allein auf die Eintrittsstelle des Virus in den Körper beschränkt sind, sondern über den ganzen Organismus sich verbreiten und in allen Systemen und Geweben manifest werden können.

Aus letzterem Grunde heissen sie auch Allgemein-Erscheinungen der Syphilis. Dergleichen Allgemein-Erscheinungen sind: Drüsenanschwellungen, Erkrankungen der Haut (Syphilide genannt), Abschürfungen und Geschwürsbildungen der Schleimhaut des Mundes, der Scheide, des Anus, Schmerzen an den verschiedensten Körperstellen, in den Gelenken, Gliedern, Kopfschmerz, Erkrankungen der Sehnen, Muskeln, des Periost's, Haarverlust etc. Diese Symptome, die ebenso zahlreich als verschiedenartig sind, zeugen dafür, dass der Organismus wie von einer Art Sauerteig durchsetzt ist.

Man muss nun allerdings anerkennen, dass es nicht zu selten Fälle von Syphilis gibt, welche in ihrer Entwicklung von den aufgestellten Gesetzen abzuweichen scheinen. Aber dieser Schein trügt, denn er rührt von nicht genau, nicht ab ovo beobachteten Fällen her.

Wirkliche Abweichungen von jenen Regeln kommen nur in zwei Arten von Fällen vor; wahrhafte exceptiones quae firmant regulam — in der einen ist die Abweichung erwiesen, in der anderen nur hypothetisch. Zur ersten Art gehören die Fälle hereditärer Syphilis. Bei Kindern, die von ihr befallen sind, bemerkt man als erstes Symptom Eruptionen auf der Haut, den Schleimhäuten, Coryza, Erkrankungen der Eingeweide, ohne dass eine locale Affection vorausging, und das ist begreiflich; es hat ja bei ihnen keine Contagion stattgefunden, bei ihnen brauchte sich die Syphilis nicht erst zu entwickeln, sondern sie haben die Krankheit, um einen banalen Ausdruck zu gebrauchen, „fix und fertig" von ihren Eltern überkommen.

Die zweite Art von Fällen betrifft solche, von denen man sagen kann: sub judice lis est. Es wird nämlich von einigen Autoren behauptet, dass ein Syphilitischer, ohne eine Frau anzustecken, ein syphilitisches Kind mit ihr erzeugen könne, welches erst hinterher, vermittelst des Contactes der Placenten, die Mutter inficirt, und bei dergestalt inficirten Weibern gibt es gleichfalls keinen localen Primäraffect, sondern man bemerkt bei ihnen als erstes Zeichen der Erkrankung eine der oben erwähnten Allgemein-Erscheinungen, z. B. einen syphilitischen Hautausschlag.

I. ABTHEILUNG.

Die Initialform der Syphilis: Der „Schanker“ und der syphilitische Bubo.



I. CAPITEL.

Der „Schanker.“ *)

§ 2. Fournier nennt die vielfach bereits erwähnte Primärerscheinung, welche der Einführung des syphilitischen Giftes an der Stelle der Einführung folgt: **Schanker** (Sigmund und nach ihm viele Autoren nennen sie Induration, Sclerose, wenn sie sich nicht als läsio continui des Gewebes zeigt, indurirtes Geschwür oder exulcerirte Sclerose, wenn dies der Fall ist).

Das Wort Schanker bezeichnet etymologisch: ein fressendes Geschwür, eine Wunde mit der Tendenz der Ausbreitung — traditionell: ein bösartiges Geschwür von üblem Aussehen und besonderen Charakteren, als grubiger Form, (oft, wie wenn der Substanzverlust mit einem Locheisen ausgestemmt worden wäre), steilen, unterminirten oder aufgeworfenen Rändern, unebenem Grunde, reichlicher Eiterung, impfbarem Secrete, kürzerer oder längerer Dauer und auffälliger Hartnäckigkeit, u. s. w. Man nennt Substanzverluste dieser Art: „einfache Schanker“.

Die Primärerscheinung der Syphilis aber bietet nicht das Ensemble der erwähnten Eigenschaften. Sie kann einzelne derselben besitzen, aber je mehr ein Geschwür deren besitzt, um so grösser ist die Wahrscheinlichkeit, dass man es **nicht** mit der Initialaffection jener Blutvergiftungskrankheit, die im Vorliegenden abgehandelt wird, zu thun habe.

---

*) Anmerkung. Das Wort Schanker bezeichnet bei vielen Autoren sowohl den Initialaffect der Syphilis, als auch ein anderes pathologisches Product, welches oben im Texte erwähnt wird. In diesem Buche wird das Wort Schanker, wenn es den Initialaffect der Syphilis bedeutet, immer mit Anführungszeichen geschrieben.

Es ist eine sehr verbreitete, aber falsche Ansicht, dass der „Schanker“ (im Sinne Fournier's, d. i. die Primäraffection der Syphilis) ein an den Weibern relativ selten beobachtetes pathologisches Vorkommnis sei. Statistische Aufzeichnungen lehrten nämlich, dass unter 4—5 syphilitischen Patientinnen immer eine mit einem „Schanker“ behaftet war, dass er also ebenso oft bei Weibern als bei Männern gefunden wird und die gegentheilige Anschauung rührt daher, dass man ihn entweder nicht gesucht oder nicht erkannt hat. Man muss deshalb wissen, wo der „Schanker“ zu suchen ist, wo er sich entwickeln kann. Die Entwicklungsstätte des „Schankers“ ist durch den Act bedingt, durch welchen die Ansteckung erfolgte. Die Hauptquelle der Ansteckung sind natürlich die gewöhnlichen geschlechtlichen Beziehungen zwischen Mann und Weib; ausserdem findet man, wiewohl selten, dass Ansteckungen durch Individuen desselben Geschlechtes stattgefunden haben, und zwar durch Missbrauch des Geschlechtstriebes. Auch gibt noch der Gebrauch der verschiedensten Gegenstände des täglichen Lebens, des Haushaltes, die Verwendung von Werkzeugen etc. bisweilen Gelegenheit für die Uebertragung des syphilitischen Contagiums. Dasselbe gilt von gewissen Verrichtungen, z. B. vom Dienste der Hebammen und von gewissen Gebräuchen, z. B. von dem Gebrauche, die milchgefüllten Brüste der Frauen aussaugen zu lassen. (Auf diese Art soll in Lille 1825 eine förmliche Epidemie durch eine Person hervorgerufen worden sein, welche mit Plaques auf der Mundschleimhaut behaftet war und die wundgewordenen Brüste mehrerer Wöchnerinnen aussaugte). Als seltenere Fälle der Uebertragung der Syphilis in Spitälern seien hier erwähnt Fälle der Uebertragung durch Badespecula und durch die Catheterisation der tuba Eustachii. Dergleichen Fälle sind insoferne berücksichtigungswerth, als die Kenntniss derselben allein Vieles, was sonst ganz dunkel bliebe, erklärt. — Beim Weibe ist nicht selten auch das Säugegeschäft Ursache der Infection. Ein Grund dieses Factums ist die Häufigkeit der hereditären Syphilis, ein anderer der, dass die Syphilis bei den Säuglingen so oft ihre Localisationen auf der Nasen- und Mundschleimhaut hat, wodurch die Brust der Nährmutter so sehr gefährdet wird. Dann ist noch zu bedenken, dass dieser Ansteckungsmodus unter sehr günstigen Bedingungen vollzogen wird, als da sind: wiederholter lang andauernder Contact des syphilitischen Kindes mit der gesunden Amme, Maceration der sich berührenden Körperstellen beider, Geneigtheit der Brustwarze zu Fissuren, Excoriationen und

Schrunden, welche als Eintrittsstellen für das Gift in den Organismus dienen können, so dass (nach Fournier's Ansicht) die Infection der Mutter (wie des Säuglings) durch die Lactation viel leichter möglich ist, als die Erwachsener durch den Coitus.

Noch soll es beim Weibe dreierlei verschiedene Arten, die Krankheit zu erwerben, geben, welche speciell diesem Geschlechte zukommen, und hier erwähnt werden mögen.

1. Contact mit dem Samen, welcher von einem syphilitischen Manne kommt, und unter für die Ansteckung günstigen Umständen stattfindet. Man hat behauptet, dass der Same nach Art anderer pathologischer oder physiologischer Secrete eines Syphilitischen im Stande sei (durch Einimpfung, durch Contact mit einer des Epithels verlustig gewordenen Stelle der Schleimhaut) einen syphilitischen Primäraffect hervorzurufen. Man hat aber auch behauptet, dass eine Frau durch das sperma virile syphilitisch werden könne, ohne die ganze Stufenleiter vom Primäraffect angefangen durchzumachen — derart, dass bei ihr gleich Allgemein-Erscheinungen in Folge der stattgefundenen Infection auftreten. Es ist nun nicht zu läugnen, dass es Fälle geben kann, in denen einerseits syphilitische Männer zu der Zeit, da die Ansteckung erfolgen musste, keine pathologische Erscheinung darboten, welche als Ansteckungsquelle (stricte sic dicta) gelten konnte, während andererseits gleichzeitig die Weiber an unregelmässig verlaufender, das heisst (scheinbar) nicht mit dem mehrfach erwähnten Primäraffecte („Schanker“ im Sinne Fournier's) beginnender Syphilis erkrankt sein konnten. Allein man sieht, dass es zur Erklärung jener Facten zweier Zufälligkeiten bedarf, die zusammentreffen müssten, und es lassen sich derartige Erscheinungen ganz einfach verstehen, wenn man annimmt, dass es sich in solchen Fällen um Beobachtungsfehler handelt. Dazu kommt noch, dass, wenn diese Art der Infection wirklich möglich sein sollte, die Zahl der durch ihre Männer inficirten Frauen noch viel grösser sein müsste, als sie gegenwärtig ist, weil die Zahl jener Ehemänner eine immense ist, welche vor ihrer Verheiratung inficirt und später so weit gesund waren, dass sie durch den blosen Contact ihre Frauen nicht, wohl aber (wenn die erwähnte Supposition richtig wäre) durch Contact mit dem Sperma anstecken konnten.

2. Die Contagion durch den syphilitischen Foetus während der Geburt ist zwar möglich, wenn man bedenkt, in welchem Zustande manche derartige Frucht geboren wird. Bedeckt mit

Geschwüren und Efflorescenzen, welche Massen von ansteckendem Secrete absondern, bleibt ein solcher Foetus hinreichend lange in der innigsten Berührung mit den ausgedehnten, gezerrten, mannigfach zerrissenen Geburtstheilen der Mutter. Aber klinisch erwiesen, d. h. durch Beobachtung (vom Beginne der auf diese Weise stattgefundenen Infection bis zur vollen Entwicklung der Syphilis) constatirt, ist kein einziger solcher Fall.

3. Will man Schwangere beobachtet haben, an denen sich während der Gravidität plötzlich Allgemeinerscheinungen von Syphilis zeigten, ohne dass ein Initialaffect vorausgegangen sein soll. Gestützt auf derlei Wahrnehmungen hat man behauptet, es sei möglich, dass eine bis dahin gesunde, dann von einem syphilitischen Manne geschwängerte Frau, durch das Product der Zeugung, welches vom Vater aus syphilitisch ist, schon während der Schwangerschaft ebenfalls syphilitisch werden könnte und zwar durch die Diffusion des Blutes, welche in den Placenten, der mütterlichen und jener der Frucht, stattfinde. Nun lässt sich vom theoretischen Standpunkte nichts gegen diese Art von Ansteckung einwenden. Aber es ist immer dem Zweifel Raum gegeben, ob nicht die Infection der Mutter durch den Vater doch auf einem der geschilderten gewöhnlichen Wege stattgefunden haben könne, und ob man nicht das Leiden nur plötzlich in seiner vollen Entwicklung, als Exanthem oder Schleimhautsyphilis, vor sich sah, weil die Anfangsstadien desselben zufällig unbemerkt abliefen. Dazu ist noch zu bedenken, dass in vielen anderen ähnlichen Fällen der plötzlichen Wahrnehmung von in ihrer Blüte entwickelter Syphilis bei Weibern keine Befruchtung durch einen Syphilitischen, überhaupt keine Befruchtung, stattgefunden hat, dass man demnach diese Fälle nicht durch Infection der Mutter in Folge der Befruchtung von einem Syphilitischen erklären kann.

§ 3. Kehren wir nun nach Erörterung der verschiedenen Arten der Infection zur Untersuchung über die Stellen zurück, wo der „Schanker" sich entwickeln kann, so sind als Hauptsitz die ganze allgemeine Decke und alle jene Schleimhautpartien, welche der Investigation zugängig sind, anzuführen. Diese Bemerkung ist nicht müssig, denn es gibt Autoren, welche die Möglichkeit des Vorkommens des syphilitischen Primäraffectes an einzelnen Stellen der Haut, z. B. am Ohre, geläugnet haben. Die obige Behauptung ist als Abstraction klinischer Beobachtungen anzusehen, und wo diese eine Lücke liessen, dort hat das Experiment ergänzt und die Möglichkeit der Entwicklung des „Schankers" gezeigt. Das ist insofern für die Praxis wichtig, als

daraus der Fingerzeig resultirt, dass man, um den Ursprung einer Erkrankung an Syphilis nachzuweisen, sich nicht damit begnügen dürfe, blos die Genitalien zu untersuchen. Doch lässt sich andererseits nicht verhehlen, dass der häufigste Sitz des „Schankers“ die Genitalien sind, und auch sein müssen. Fournier behauptet: auf 6 „Schanker“ an den Genitalien komme einer an anderen Körperstellen. Die „Schanker“ letzterer Art findet man bei Patientinnen häufiger als bei Männern (Fournier zählte bei ersteren unter 100 „Schankern“ 32 extragenitale), daher bei der Untersuchung weiblicher Kranken das oben Gesagte noch mehr zu beherzigen ist. Man wird dem entsprechend bei Weibern insbesondere zu berücksichtigen haben: die Brüste, die Nachbarregionen der Genitalien, namentlich das Perinaeum und endlich den Anus, welcher, weil sich an den „Schanker“ desselben noch ein gerichtlich medicinisches Interesse knüpft, der Gegenstand specieller Aufmerksamkeit sein muss. Nur ist zu bedenken, dass so wie bei Männern der Anal-„Schanker“ fast immer das Ergebnis eines naturwidrigen geschlechtlichen Contactes ist, bei Weibern seine Entstehung häufig dem Herabfliessen des contagiösen Secretes über die Perinaealgegend bei sonst ganz normal gepflogenem Coitus zugeschrieben werden muss. Bisweilen sind deshalb auch Anus und Vulva zugleich der Sitz von Geschwüren. Wenn aber auch dieser Umstand nicht zutrifft, so ist doch die erwähnte Entstehungsart durch das Herabfliessen von Secret aus der Scheide nicht ausgeschlossen, weil die Vulva mit Aufmerksamkeit gleich nach dem Coitus gereinigt worden sein kann, indess der Anus, als der Möglichkeit einer Infection gar nicht verdächtig, nicht weiter berücksichtigt wurde, und andererseits sein trichterförmiger, faltiger Bau ihn vor Allem zur Festhaltung des einmal dahin gelangten contagiösen Secretes geeignet macht. Also ein „Schanker“ am Anus eines Weibes lässt höchstens Verdacht schöpfen, es habe ein widernatürlicher Coitus stattgefunden, aber apodictisch beweisen, dass dies wirklich der Fall war, kann er nicht, und ein auf solchen Befund basirter Ausspruch, der mehr als blosen Verdacht enthält, ist eine unbegründete Behauptung.

An den Genitalien finden sich wieder die häufigsten Schanker an den grossen Lippen, seltener schon an den kleinen Lippen und an der unteren Commissur, noch seltener am collum uteri und in der Umgebung der Clitoris, am Scheideneingang, an der Urethralöffnung und ihrer Umgebung, noch weniger häufig sind sie an der oberen Commissur und endlich am allerseltensten in der Scheide.

Von den eben aufgezählten sei nur des „Schankers“ an der Vaginalportion der Gebärmutter besonders erwähnt. Fournier behauptet von ihm, er sei viel häufiger als im Allgemeinen angenommen wird und gibt als Grund dafür an, dass er 1. der Trägerin eines solchen „Schankers“ keinen Schmerz bereitet, ausserdem ihr nicht sichtbar ist und dadurch ihrer Aufmerksamkeit entgeht, weshalb auch der Arzt seinetwegen nicht consultirt wird; 2. ist die Dauer eines solchen „Schankers“ (nach Fournier) eine kurze. (Andere Autoren sagen wieder, dass er meist sehr lange besteht und oft jeder Therapie hartnäckigen Widerstand leistet). Ein solcher nicht beobachteter „Schanker“ des collum uteri kann nun sehr häufig Veranlassung zu Trugschlüssen über unregelmässige Entwicklung von Syphilis, über Entwicklung derselben ohne vorausgegangenen Primäraffect sein.

So häufig — im Gegensatze zu den hierüber im Allgemeinen herrschenden Anschauungen, nach Fournier — der „Schanker“ der Vaginalportion beobachtet wird, so selten ist — ebenfalls im Gegensatze zu diesen Anschauungen — jener der Scheide. Und obschon 1. die Form dieses Organes, eines unten engeren, oben weiteren Cylinders, 2. die verhältnismässig grosse Fläche desselben (wenn man sich alle Falten ausgeglichen denkt) und 3. seine Function (in innigem und längerem Contacte mit der männlichen Ruthe — am häufigsten Sitz inficirender Geschwüre beim Manne — während des Geschlechtsactes zu bleiben) gegen diese Behauptung sprechen, soll sie doch durch Beobachtung und Zählung gerechtfertigt sein.

Am häufigsten findet man noch den Scheiden-„Schanker“ in der Gegend des sogenannten Scheidenringes, und kann er da ebenso gut als Vulval- wie als Vaginal-„Schanker“ bezeichnet werden; dann sitzt er noch zuweilen in der Ampulle (im vorderen oder hinteren Laquear, Fornix vaginae), fast nie aber in dem zwischen diesen beiden namhaft gemachten Gegenden sich ausbreitenden Theile der Scheide. So sicher dieses Factum, so unsicher sind die Erklärungen desselben. Einige suchen den Grund in dem anatomischen Baue des Organs, der ein dichtes Bindegewebslager mit reichlich eingebetteten, elastischen Fasern und mehrfach geschichtetem Pflasterepithel aufweist. Andere glauben ihn in dem Umstande zu sehen, dass die Scheide nachgiebig ist, Dehnungen und Zerrungen leichter verträgt, wodurch es nicht so leicht wie in dem Scheideneingange zu Trennungen der Gewebe, den Voracten der eigenlichen Uebertragungen, kommt. Oder soll man die Secrete, welche die

Scheide in so profusem Masse bespülen, als schützenden Ueberzug, als quantitativ ausgiebiges Verdünnungsmittel ansehen, welche ausserdem im Vereine mit dem männlichen Samen noch mechanisch als wegschwemmende Flüssigkeit wirken? (Es sei noch einmal bemerkt, dass andere, namentlich deutsche Autoren den Vaginal-„Schanker" für keine so gar enorme Seltenheit erklären.)

§ 4. Was die Anzahl der auf einem Individuum gleichzeitig vorkommenden „Schanker" anlangt, so gilt wohl seit Ricord die Behauptung, dass er meist vereinzelt vorkommt, (Fournier nimmt an, dass unter vier Fällen nur einmal gleichzeitig mehr als ein „Schanker" beobachtet wird) während der „weiche Schanker" (das weiche, venerische, contagiöse Geschwür) sehr oft in mehreren Exemplaren an einem Individuum gleichzeitig sich etablirt. Diese Eigenthümlichkeit ist für die Diagnose wichtig, weil man, so wie zahlreiche Geschwüre auf einmal wahrgenommen werden, mit Wahrscheinlichkeit (Fournier sagt mit Sicherheit) die spätere Entwicklung von Allgemein-Erscheinungen, mit einem Worte Syphilis, nicht zu fürchten hat. Bei den Weibern aber gilt dieses Gesetz nicht, weil da mehrere „Schanker" gleichzeitig nicht selten sind, aber sie finden sich auch am Weibe doch noch immer in grösserer Anzahl relativ seltener, als die weichen Schanker, welche manchmal in einer enormen Anzahl an einer Kranken vorkommen. Doch gilt das Gesagte nur von dem „Schanker" an den Genitalien. Derjenige, welcher sich an anderen Körperstellen entwickelt, ist bei beiden Geschlechtern fast immer nur in einem Exemplare vorhanden.

§ 5. Betrachtet man nun den „Schanker" an und für sich, ohne Rücksicht auf die späteren Folgezustände desselben, so wird es, um sich eine klare Vorstellung zu machen, gut sein, zuerst den experimentellen (absichtlich eingeimpften) „Schanker" zu betrachten. Und da hat die Beobachtung gelehrt:

Nach der hieher bezüglichen Impfung tritt an der betreffenden Stelle ein erhabener, rother Fleck, eine kleine Papel auf. Diese bedeckt sich mit Schuppen oder mit einer kleinen Kruste, welche abgestossen werden, und dadurch entsteht auf oder aus ihr eine oberflächliche Erosion, die entweder unbedeckt bleibt, wie eine Wunde und nur wenig secernirt, oder sich mit einer manchmal mehr, manchmal weniger persistenten Kruste bedeckt. Zu gleicher Zeit entwickelt sich jene Erhabenheit, jene Papel immer mehr, breitet sich in der Fläche aus, nimmt über-

haupt an Umfang zu, wird härter und dichter; man hat dann ein hartes „Condylom", einen harten Knoten, eine indurirte Papel, eine knotige Plaque vor sich.

Dieses Gebilde wächst und in selbem Grade wächst auch jene Erosion, wandelt sich in ein oberflächliches Geschwür um, das entweder mit Eiter oder mit Krusten bedeckt ist Geschwür und Papel vergrössern sich und bleiben, schliesslich auf einer gewissen Höhe der Entwicklung angelangt, durch einige Zeit stationär. Dann beginnt vom Rande des Geschwüres aus Vernarbung, allmälig schliesst sich die wunde Stelle und endlich bleibt nur eine noch immer resistente, verdichtete, rothbraune Erhabenheit zurück, welche sich auch nach und nach abflacht und sich schliesslich vollends verliert.

§ 6. Der klinische „Schanker" ist in seinem Anfangsstadium weniger studirt, als der experimentelle (durch Impfung entstandene), denn er kommt dem Arzte in jenem Stadium weniger häufig zu Gesicht, da die Kranken weder den rothen Fleck im Beginne empfinden, noch durch die Papeln im Anfange belästigt sind, um veranlasst zu sein, ärztliche Hilfe zu suchen.

Wenn trotzdem die Kranken zum Arzte mit einem „Schanker" in d i e s e m Stadium kommen, täuscht er sich häufig über die Wichtigkeit des Befundes, weil er alles d a s , was er traditionell gewohnt ist, beim Schanker zu finden, bei der in Rede stehenden Affection nicht wahrnimmt. Er sieht kein Geschwür mit unebenem Grunde, mit steilen, unterminirten oder aufgeworfenen, gezackten Rändern, manchmal mit einer Membran bedeckt, manchmal copiösen Eiter secernirend, etc. Er glaubt einen Herpes vor sich zu haben oder eine unbedeutende Erosion, eine Schrunde, eine belanglose Abschürfung des Epithels, einen Kratzeffect.

Bei der weiteren Entwicklung, die jedoch schon genau bekannt ist, kommen 2 Erscheinungen hauptsächlich in Betracht. Die eine, dass die Erosion sich excentrisch ausbreitet, aber immer oberflächlich bleibt und nur die äusseren Schichten des Derma in Mitleidenschaft zieht — die andere, dass die vom Anfang an bestehende, örtliche Verdickung immer deutlicher hervortritt und die Resistenz des unter der Erosion befindlichen Gewebes einen pathologischen und pathognomonischen Charakter bekommt. Denn es scheint da innerhalb des Cutisgewebes ein Depôt plastischer Masse, ein Neugebilde sich zu entwickeln, welches genau dem jeweilig vorhandenen Substanzverluste an Umfang entspricht und eine Art Sockel für das Geschwür abgibt. Diese beiden Erscheinungen

gehen, von Ausnahmsfällen abgesehen, immer gleichen Schrittes einher und wenn sie ihren Höhepunkt erreicht haben, ist der „Schanker" fertig.

§ 7. Zu dieser Zeit der Vollendung bietet er folgende wichtige Charaktere: erstens ist er unschmerzhaft, die Kranken klagen höchstens über etwas Stechen, aber nie über lebhaften Schmerz. Letzterer wird nur durch ausser dem Wesen des „Schankers" gelegene Bedingungen veranlasst, als da sind: eine Lage, durch welche er Reibungen beim Gehen ausgesetzt ist, Reizung durch irritirende Umschläge, Unreinlichkeit, Scheiden-Uterinalsecret, unzeitgemässe Cauterisationen, durch Fatiguen, Arbeit, Coitus, excessiven Genuss geistiger Getränke, Contact mit Urin und Faecalmassen, endlich wenn er überhaupt in Entzündung versetzt wird, (was sein klinisches Bild trübt). In Folge dieses Charakters verläuft er oft vom Patienten, namentlich vom weiblichen, vollends unbemerkt.

Ferner ist er verschieden gross, am häufigsten bohnen- oder zwetschkenkerngross, manchmal viel kleiner, linsengross, andere Male wieder viel grösser, z. B. so gross wie eine Mandel, wie ein Viertelguldenstück. Selten überschreitet er die letzterwähnte Grösse.

Seine Configuration ist sehr verschieden und durch die Configuration der Gegend, wo er sitzt, beeinflusst. Am allerhäufigsten ist er (mehr oder weniger regelmässig) rund, oval, oblong, eliptisch, bisweilen in die Länge gezogen, spaltförmig oder unregelmässig contourirt.

Was nun den Anblick, den er im Ganzen gewährt, anlangt, so bietet er zwar meist das Aussehen einer platten, aber doch ziemlich häufig auch das einer vorspringenden, gewölbten, prominirenden, papulösen Erosion dar. Also der „Schanker" ist nicht eigentlich oder doch nur selten ein in die Tiefe gehendes Geschwür; in 8 unter 10 Fällen betrifft er blos die oberflächlichsten Schichten der Gewebe (Epidermis, Malpighische Schicht und obere Schichten der Cutis oder des Epithels und obere Schichten des submucösen Bindegewebes). Ja bisweilen veranlasst er nur eine kleienförmige Abschilferung der Epidermis oder eine Abschuppung des Epithels. Abweichungen von dieser Form sind napfförmige Vertiefung, häufiger aber das Gegentheil davon. Einen „Schanker" der letzteren Art nennt man ulcus elevatum.

Der ganze Grund ist auffällig glatt und eben, bisweilen sogar glänzend, spiegelnd, wie lackirt.

Ränder (in dem Sinne wie man gewöhnlich das Wort nimmt, wie z. B. beim weichen Schanker) sind eigentlich gar nicht vorhanden,

da er unmerkbar in das benachbarte, gesunde Gewebe übergeht, es wäre denn, dass er eine napfförmige Vertiefung darstellt, wo dann allerdings die peripheren Partien des „Schankers“ durch ihr Abgedachtsein sich von den centralen unterscheiden; aber auch diese sind dann auf ihrer dem Centrum abgewendeten Seite in einem Niveau mit der gesunden Haut. (Erst mit dem Eintreten der Narbenbildung constituiren die jungen Epidermidal- oder Epithelialzellen an der Grenze des „Schankers“ eine Zone, welche von der Umgebung merklich verschieden ist.)

Was endlich die Secretion anlangt, so ist zu bemerken, dass der „Schanker“ relativ wenig secernirt; er secernirt z. B. weniger als ein Substanzverlust, der durch ein Trauma oder ein Causticum gesetzt ist. Bisweilen ist seine Secretion sehr spärlich, z. B. so spärlich wie bei einem Herpes. Andererseits gleicht sein Secret weniger dem Eiter, als vielmehr einer scropurulenten Flüssigkeit. Es stellt ein graues oder graugelbes, dünnes, schillerndes Liquidum dar, kurz Alles eher, als das pus bonum et laudabile der Chirurgen — den Fall ausgenommen, in welchem die Charaktere des „Schankers“ sich mehr denen anderer Geschwüre nähern.

Die Farbe des „Schankers“ ist vielfach mit der Farbe des frisch angeschnittenen Schinkens, des Kupfers, als für ihn specifisch, verglichen worden. Allein er hat keine specifische Farbe; diese ist verschieden, je nach der Einwirkung verschiedener Einflüsse, die uns nicht einmal alle bekannt sind. Sehr häufig findet man ihn grau, schmutziggrau, matt schieferfarbig, bisweilen an diphtheritische Exulcerationen, bisweilen an die Schnittfläche eines Scirrhus erinnernd. Diese Farbe rührt von einer häutigen, pseudomembranösen, zarten, halbdurchscheinenden Membran her, welche über den Grund der Wunde ausgebreitet ist, und ihr so innig anhängt, dass sie nicht von ihr getrennt werden kann. Jene Membran bedeckt sehr häufig nur die Mitte des Grundes so, dass nur diese die erwähnte Farbe hat, während die periferen Theile desselben roth oder röthlich erscheinen.

Anderemale und vielleicht noch häufiger zeigt der „Schanker“ die Farbe des frisch angeschnittenen Muskels, des Muskelfleisches. Noch in anderen Fällen ist er gelblich roth, livid roth, auch gelblich, mitunter auch mit einem Stiche ins Bräunliche oder bedeckt mit blutigen Exsudaten, einem apoplectischen Herde gleich.

Ziemlich selten ist er vielfärbig, wobei die einzelnen Farbenzonen (wie bei einer Cocarde) concentrisch angeordnet sind.

Die Schwangerschaft hat auf die Färbung des „Schankers" an den Genitalien einen leicht zu erklärenden Einfluss, sie macht ihn livid, braun und bisweilen selbst violett in allen Nuancen.

§ 8. Noch ist als Hauptcharakter die Induration einer besonderen Besprechung werth. Die Gewebe unter einer einfachen Wunde sind für gewöhnlich weich; erst wenn sich dieselbe entzündet, bieten jene eine gewisse Abweichung vom Normalen in Bezug auf den Eindruck, welchen der sie betastende Finger bekommt, die sogenannte Entzündungshärte. Letztere erscheint wie durch ödematöse Infiltration der Texturen an der Basis und überhaupt in der Umgebung der Wunde hervorgerufen. Ganz anders aber ist die Empfindung bei der Betastung der Basis eines „Schankers". Da fühlt man eine specifische Resistenz, eine eigenthümliche Härte (von Hunter schon beschrieben, von Ricord aber erst besonders gewürdigt). Diese Härte unterscheidet sich ferner von jener bei der Entzündung dadurch, dass sie nur so weit reicht, als der „Schanker" selbst, ihn höchstens um einen oder mehrere Millimeter überragend; sie hört brusque auf, ohne allmälig in das benachbarte Gewebe sich zu verlieren. Aber der wesentliche Unterschied besteht, wie bereits erwähnt, in ihrer Eigenthümlichkeit, die man nur unvollkommen schildert, wenn man sie mit der Härte des Knorpels, des Pappendeckels oder des Pergamentes vergleicht. Man hat das Gefühl, als ob ein fremder Körper unter das Integument eingelagert wäre.

Diese Induration findet sich in zwei verschiedenen Formen:

1. als knotige, schwielenartige, in die Tiefe greifende, welche mehr oder weniger voluminös ist (schon von de Vigo gekannt); 2. als lamellöse, flächenartige, welche beim Betasten das Gefühl veranlasst, als ob eine dünne Münze, manchmal nur ein Kartenblatt in die Gewebe unter den Schanker eingelagert wäre. Von letzterer Form kann man zwei Abarten unterscheiden, nach denen die Initialaffecte benannt werden: α) Pergament-„Schanker", wenn jene Einlagerung so dick ist, dass man, auf ihre Peripherie drückend, dieselbe Empfindung hat, als ob ein Pergamentblättchen zwischen den Fingern gebogen würde; β) Papier-„Schanker", wenn jene Einlagerung so dünn und zart ist, dass sie nur durch die minutiöseste Untersuchung gefunden werden kann, diese Form von „Schankern" kommt vorzüglich an den weiblichen Genitalien vor. (Viele, besonders deutsche Autoren anerkennen diese Form nicht, die zwar schwer nachzuweisen ist, deren Vorhandensein aber nicht blos als möglich gedacht werden kann,

sondern jedesmal bei der Verkleinerung, beim Schwinden von Flächenindurationen in dem letzten Stadium der Rückbildung nachweisbar ist).

* * *

Die Beobachtung der weiteren Entwicklung zeigt uns sodann den „Schanker" im Stadium des Stillstandes. In dieser Periode verharrt er immer einige Zeit im gleichen Zustande, er vergrössert sich nicht, er verkleinert sich nicht.

* * *

§ 9. Nach einer verschieden langen Zeit des Stillstandes, beginnt die Periode der Vernarbung. Es ändert sich zunächst die Farbe des „Schankers," indem die pseudomembranöse Schicht der Oberfläche sich abstreift und letztere aufhört grau oder dunkelroth zu sein und dafür röthlich, rosafarben wird, wie eine gewöhnliche Wunde, welche sich zur Vernarbung anschickt. Zugleich erhebt sich der Grund der Erosion oder Exulceration, er wird etwas prominent oder papulös. Bald sind die Ränder des Substanzverlustes mit einer feinen Narbe überzogen, welche anfangs eine Art grauer Halskrause darstellt. Diese Narbe breitet sich in centripetaler Richtung täglich mehr aus und vervollständigt sich ziemlich rasch.

Um dieselbe Zeit geht auch die Induration bisweilen schon eine regressive Metamorphose ein. Sie nimmt an Volum ab und wird geschmeidiger. Sie geht entschieden der Resorption entgegen, schmilzt und macht dem tastenden Finger den Eindruck eines weichen Kernes; endlich verschwindet sie ganz. Aber diese Rückbildung hält mit den einzelnen Phasen der Vernarbung nicht gleichen Schritt, und so kommt es, dass die Induration den „Schanker" häufig überdauert. Wie lange sie ihn überdauert, ist in den einzelnen Fällen nicht gleich, und es schwankt diese Zeit zwischen wenigen Tagen und (in den extremen Fällen) vielen Monaten; im Allgemeinen kann man sagen, dass sie nur um $^1/_2$ bis $1^1/_2$ Monate länger besteht, als der Substanzverlust, d. h. die Narbe ist schon vollständig entwickelt, aber die unter ihr liegenden Gewebe haben die angegebene Zeit hindurch nicht die normale Consistenz. Natürlich ist diese Dauer dem Volum der Induration entsprechend, so dass die „kartenblattförmigen" Verhärtungen ein nahezu ephemeres Dasein haben und schon vor der vollständigen Vernarbung geschwunden sind. Caeteris paribus braucht die Resorption der Indurationen durch-

schnittlich bei Männern mehr Zeit als bei Weibern, bei welchen letzteren auch die lamellösen Härten häufiger sind als die callösen.

Ist einmal die Vernarbung beendet und die Resorption vollständig, so ist auch jede Spur des „Schankers" geschwunden. Es bleibt keine Narbe, kein Fleck auf die Dauer zurück. In der ersten Zeit nach der Vernarbung findet sich noch ein rother Fleck, aber allmälig blasst er ab und verschwindet endlich vollends, und häufig ist man 4 Wochen, ja schon 14 Tage nach der Vernarbung nicht im Stande, die Stelle zu bezeichnen, wo das Primärsymptom ursprünglich sass. Es gilt das Gesagte wohl vorzugsweise vom Initialaffecte des Weibes, der doch meist nur eine oberflächliche Erosion darstellt, welche eine vollständige restitutio ad integrum zulässt; (aber auch vom „Schanker" im Allgemeinen [meint Fournier] kann man das behaupten, indem, selbst wenn er ulcerös ist, ein Theil der Induration zur Ausfüllung des gesetzten Substanzverlustes [nach Fournier's Ansicht] verwendet wird). Daher kommt es, dass man viele Frauen in einer nur wenig weit vorgerückten Periode „der Secundärerscheinungen" (= Frühformen) untersuchen kann und nur sehr selten die Spur eines „Schankers" findet. Und doch hat er existirt, muss existirt haben; ja mitunter behaupten die Frauen selbst, dass er dagewesen sei, dennoch findet man keine Spur von ihm. Man ist deshalb nicht berechtigt, an seiner früheren Existenz zu zweifeln, weil er keine Narbe zurückgelassen hat. Aber man muss immerhin zugeben, dass dieses rasche und vollständige Verschwinden, sowie das Meiste in der vorausgegangenen Auseinandersetzung, vorzugsweise vom „Schanker" der Schleimhaut gilt. Jener der Haut verschwindet wenigstens im Allgemeinen langsamer. In der Regel lässt er einen tiefdunkelrothen Pigmentfleck, der später braun wird und bis zum völligen Verblassen einige Monate brauchen kann, zurück. Es ist sehr selten, dass eine dauernde Verhärtung an der Stelle, die er einnahm, zurückbleibt, allein ausnahmsweise kommt es schon vor.

§ 10. Fragt man nach allem dem Gesagten nach der Dauer des „Schankers", so muss man ihn wohl im Ganzen als kurzlebig bezeichnen. Er dauert meist nur 4—5 Wochen und nur, wenn sich Complicationen zu ihm gesellen, 6—8 Wochen. Manchmal ist er auch schon nach 3 Wochen wieder vernarbt. Die längere oder kürzere Dauer des „Schankers" ist übrigens von verschiedenen Bedingungen abhängig, als da sind:

Die Ausdehnung in die Breite und Tiefe — die grossen „Schanker" heilen langsamer als die kleinen, die Erosionen rascher als die Geschwüre.

Der Sitz — die „Schanker“ am collum uteri heilen überraschend schnell (deutsche Autoren behaupten, wie schon gesagt, das Gegentheil); die „Schanker“ am meatus urethrae oder am Anus werden durch die Verunreinigungen mit Urin und Faecalmassen — Mangel an Pflege und Reinlichkeit — örtliche Reizungen — entzündliche Complicationen, etc. sehr in die Länge gezogen — auch die Schwangerschaft hat einen die Heilung verzögernden Einfluss.

§ 11. Aus allem bisher über den „Schanker“ an und für sich und abgesehen von seiner Bedeutung als Initialaffect der Syphilis Gesagten resultirt, dass ihm als Erkrankung eine gewisse Gutartigkeit nicht abgesprochen werden kann. Er ist wirklich **an sich** von ganz geringer Bedeutung, die sich auch, wenn sein Verlauf fern von allem ärztlichen Eingreifen der Natur überlassen wird, nicht steigert. Und weil er in der Mehrzahl der Fälle ohne alle Belästigung für die Kranken verläuft, wissen die Patienten — besonders die weiblichen, in Folge der Configuration ihrer Genitalien — oft gar nicht, dass sie einen „Schanker“ gehabt haben. Sie geben auch, wenn sie seinen Verlauf an ihrem Körper beobachteten, es oft gar nicht zu, mit einem derartigen Leiden behaftet gewesen zu sein. Sie sprechen höchstens von irgend einem von selbst geheilten „Assc,“ wie man hier zu Lande sagt.

Aber je schmerzloser, je weniger belästigend es verlief, je weniger Gewicht die Kranken auf das Vorhandengewesensein eines solchen „Asses“ legen, um so verdächtiger wird es dem aufmerksamen Arzte sein, um so ernster sind die Consequenzen, die er aus den anscheinend nichtssagenden Mittheilungen der Kranken zieht.

§ 12. Es ist nun auch nothwendig zu betrachten, wie man einen „Schanker“ auf seine Induration untersucht.

Wenn Jemand zum erstenmale in seinem Leben die Basis eines „Schankers“ betastet, weiss er nicht viel mehr, als dass der „Schanker“ eine Basis hat. Nur wenn ihm der Zufall eine callöse Induration in die Hände spielt, dann wird er allerdings augenblicklich erkennen, dass es mit dem untersuchten Geschwüre, besonders aber mit der Basis desselben, eine eigenthümliche Bewandtnis habe. Es muss eben die Constatirung dieses äusserst wichtigen, wenn auch durchaus nicht wesentlichen Symptoms, welches an dem Grunde des Substanzverlustes, den der Initialaffect darstellt, wahrzunehmen ist, ebenso wie vieles Andere erst durch Uebung erlernt werden. Und vor Allem ist zu bedenken, dass eine Induration nicht immer so in die Augen springend ist; im Gegentheile, in der

weit überwiegenden Mehrzahl der Fälle ist sie dies nicht, ist sie so minim, dass sie sehr leicht der Beobachtung entgeht. Man denke nur an den geschilderten Pergament-, Kartenblatt - „Schanker“ oder richtiger an jenen „Schanker“ mit papierdünner Induration. Da ist es wohl begreiflich, dass der Blick Ungeübter Manches übersieht, was der Geübtere mit Leichtigkeit herausfindet. Für die Ersteren mögen folgende Regeln gelten:

1. Der Pergament-„Schanker“ und der Papier-„Schanker“ sind nur in der Ebene parallel zur Haut in Bezug auf Resistenz der Basis zu prüfen. Man muss also einen solchen „Schanker“ in der Richtung seines Diameters von seinen Rändern aus zusammendrücken, wenn man ihn auf Induration untersucht.

2. Muss man bei diesem Untersuchungsmodus das Geschwür unmittelbar an den Rändern anfassen und nicht erst in einiger Distanz von denselben; das ist wichtig. Denn fasst man den „Schanker“ in der letzterwähnten Weise oder gar noch etwas weiter von seinen Rändern an, so wird man nicht den Eindruck der Consistenz der Basis erhalten, sondern den Eindruck der Consistenz der den „Schanker“ umgebenden gesunden Partien. Da die Induration nur selten über die Grenzen des Geschwüres hinausgeht, wird es leicht geschehen, dass, wenn man diese Grenzen beim Anlegen der tastenden, drückenden Finger überschreitet, die Induration nicht gefunden, sondern durch die Weichheit der zwischen ihr und den Fingern liegenden normalen Gewebe maskirt wird.

3. Muss der „Schanker“ von den Fingerspitzen des Untersuchenden nur leicht gefasst werden, als ob man ihn von den unterliegenden Geweben abheben wollte, und dann erst versuche man die Enden des Diameters einander zu nähern. Dies Abheben wird besonders leicht gelingen, wenn die Verhärtung unter sich ein laxes Zellengewebe hat.

4. Wenn man dann die Enden des Diameters der Basis des „Schankers“ in der angegebenen Weise einander zu nähern sucht, erwäge man, ob das Gefühl, welches die drückenden Fingerspitzen empfinden, dasselbe ist, als ob sich zwischen denselben ein gleich grosses und unter ähnlichen anatomischen Bedingungen situirtes Stück normaler Haut befände. Zu dem Ende wiederholt man in zweifelhaften Fällen auch wirklich an der benachbarten gesunden Haut das manoeuvre, welches man an dem Geschwüre geübt hat. Das ist ein nicht genug zu empfehlendes Mittel, um Irrungen bei der Untersuchung vorzubeugen.

5. Bisweilen ist die Induration so geringfügig, dass man sie nur wahrnimmt, wenn man das Geschwür an zwei Enden eines Diameters in

der Art fasst, wie man eine Hautfalte (z. B. bei der subcutanen Injection) abhebt und dann zwischen den Fingerspitzen hin und herrollt. Diese Art der Untersuchung wird nur ausnahmsweise nothwendig und aus Gründen der Anatomie auch nicht überall ausführbar sein.

§ 13. Was nun speciell die Häufigkeit der Verhärtungen mit Bezug auf das Geschlecht anlangt, so kann man sagen, dass sie bei den Weibern ebenso gross ist als bei den Männern. Ja, in einem gewissen Sinne, wenn man nämlich von Verhärtungen an Syphilitischen schlechtweg spricht, bemerkt man sogar bei Weibern öfter Indurationen als bei Männern, was daher rührt, dass in Folge der Syphilis-Diathese gewisse pathologische Producte bei den ersteren vorkommen können, zu denen sich Verhärtung gesellt. Fournier nennt letztere Verhärtungen, die gehörigen Orts ausführlicher besprochen werden sollen: indurations secondaires.

Aber auch von diesen abgesehen, treten Verhärtungen bei Weibern nicht weniger oft als bei Männern auf.

Behufs der Erörterung dieses Punktes sollen die einzelnen Körpergegenden mit Rücksicht auf den zu verhandelnden Gegenstand perlustrirt werden.

1. Die extragenitalen „Schanker" z. B. an den Lippen, der Zunge, den Lidern, im Gesichte, an den Fingern, Armen, Schenkeln, am Stamme sind fast alle, bei beiden Geschlechtern, mit Indurationen behaftet. Ja, Verhärtungen kommen selbst an ganz gewöhnlichen Geschwüren der erwähnten Gegenden bisweilen vor und geben Veranlassung zu Täuschungen, vor denen man sich hüten muss. Und auch die Impf-„Schanker" an jenen Gegenden tragen denselben Charakter der Verhärtung bei beiden Geschlechtern an sich, wie die Experimentatoren einstimmig berichten. Autoren, wie Clerc und Rollet, behaupten geradezu, dass die extragenitalen „Schanker" bei den Weibern an einzelnen Körperstellen stärker ausgeprägte Indurationen besitzen als bei Männern. Clerc behauptet das von der Induration an den Lippen, Rollet von jener an den Brüsten.

Zu den extragenitalen „Schankern" gehört auch jener am After. Es ist per analogiam anzunehmen, dass auch an ihm unter dem Einflusse der massgebenden Verhältnisse Indurationen vorkommen, allein diese sind wegen Spannung der Haut, der eigenthümlichen Resistenz des Sphincters, der Lage des „Schankers", welchen man nicht gut anfassen und isoliren kann, und dessen Basis sich einer hinreichenden Unter-

suchung entzieht, u. s. w., sehr schwer oder gar nicht zu diagnosticiren und werden deshalb hier ganz aus dem Spiele gelassen.

2. Die genitalen „Schanker" des Weibes.

α) An den grossen Lippen kommen beim „Schanker" immer, manchmal sogar sehr umfangreiche Indurationen vor, welche von den älteren Autoren mitunter fälschlich als Oedem der Labien aufgefasst wurden.

β) An den kleinen Lippen kommen meist schwächere Indurationen vor: „Pergamentschanker" u. dgl. Bisweilen aber ragt die kleine Lippe, in Folge von das ganze Gewebe ergreifender Verhärtung, wie eine rigide Lamelle zwischen den grossen Lippen hervor.

γ) Das praeputium clitoridis und deren Glans sind häufiger der Sitz von Erosionen und nur schwach angedeuteten Indurationen Doch sind die Fälle nicht selten, wo die ganze Gegend verhärtet, so dass die Clitoris wie ein starrer Stab anzufühlen ist.

δ) Dagegen finden sich an der Urethra und dem meatus urinarius die schönsten Typen der Induration beim Weibe (nach Clerc).

ε) Der Scheidentheil der Gebärmutter ist für die exacte Untersuchung der Basis der Geschwüre (nach dem oben Gesagten) selbstverständlich nicht geeignet. Bisweilen zeigt sich derselbe entschieden dicht, voluminös, vorspringend und so missgestaltet, wie wenn seine Substanz durch eine Infiltration verändert wäre. Dann findet man auch beim Touchiren mit dem Finger eine ungewöhnliche Härte. Ricord berichtet von einem exquisit indurirten „Schanker" am Scheidentheile eines prolabirten Uterus.

ζ) Die „Schanker" des infundibulum vulvo - vaginale (wie sie Fournier nennt), das sind die „Schanker" der fossa navicularis, des Vestibulum, der carunculae myrtiformes, des aditus ad vaginam, besitzen wenig ausgesprochene, in Folge der anatomischen Verhältnisse eine genaue Untersuchung nicht recht zulassende und deshalb schwer erkennbare Indurationen.

Wer die Gegenden von der Vulva zur Vagina verfolgt, der findet, dass die Schwierigkeiten bei der Untersuchung sich fortwährend steigern, die Deutlichkeit des oftgenannten Symptoms dagegen abnimmt. Aus letzterem Grunde werden die „Schanker" dieser Oertlichkeiten auch zuweilen verkannt, wozu noch kommt, dass sie häufig eine geringe Ausdehnung haben, oft auch nicht in die Tiefe greifen und schliesslich rasch heilen, so dass selbst der Verlauf, der doch in vielen Fällen

über die Beschaffenheit eines Leidens Aufschluss gewährt, nicht selten in den einschlägigen Fällen nicht benützt werden kann, das Dunkel in Bezug auf die Diagnose zu erhellen. Die Schwierigkeiten aber, die sich der Untersuchung entgegenstellen, bestehen darin, dass man die Basis des Geschwüres nicht genau von den unterliegenden Geweben abheben kann, dass sie dem betastenden Finger entschlüpft.

In summa geht aus dieser Erörterung hervor: Die Induration ist bei dem Weibe ebenso häufig als beim Manne, und, berücksichtigt man auch die secundären Indurationen, noch häufiger. Aber auch von letzteren abgesehen, zeigen sich die extragenitalen „Schanker" bei beiden Geschlechtern gleich oft und gleich intensiv indurirt. Die dem weiblichen Geschlechte speciell zukommenden Initialaffecte zeigen rücksichtlich der Verhärtung dasselbe Verhalten wie die dem männlichen Geschlechte eigenthümlichen — mit Ausnahme jener des infundibulum vulvo-vaginale, wo, wie gesagt, die ganze Erscheinung an und für sich weniger ausgeprägt und nebstbei schwerer zu beobachten ist.

Doch kommen in Bezug auf den oben abgehandelten Gegenstand zwischen beiden Geschlechtern folgende zwei wesentliche Unterschiede vor: Die starken, knotigen Indurationen sind weniger häufig bei Weibern als bei Männern zu beobachten, und das gab Veranlassung zu dem Glauben, dass die Induration überhaupt bei Männern häufiger sei; — als ob es nothwendig sei, dass ein „Schanker", um als indurirt bezeichnet zu werden, einen förmlichen Callus unter seiner Basis haben müsse. Dazu kommt noch: die Indurationen bei Männern sind mehr circumscribirt, sie reichen nicht weiter als das Geschwür; bei Weibern ist dies nicht der Fall. Weiber haben eine förmliche indurirte Zone, welche über den Umfang des Geschwüres hinausragt. Daher sieht man, dass Weiber ganze grosse oder kleine Labien indurirt haben, während das Geschwür, welches eigentlich mit dieser Induration im Nexus steht, verhältnismässig klein ist.

Im Gegensatze zu den früheren aber sind die mehr flächenhaften Indurationen bei den Weibern häufiger, besonders die „Pergamentschanker" und namentlich die „Schanker" mit papierförmiger Induration. Eine Ursache hievon ist vollständig unbekannt, doch das Factum steht fest. Man muss deshalb besonders die letzterwähnte Art kennen, und zu diagnosticiren wissen, denn sie verleiht anscheinend geringfügigen, gutartigen Verletzungen jenen verhängnisvollen Charakter des syphilitischen Primäraffectes und — sie wird auch am häufigsten übersehen.

§ 14. Es knüpft sich aber an die Betrachtung der Induration noch die zweite Frage: Ist die Verhärtung eine wesentliche Erscheinung, um ein Geschwür als ein syphilitisches zu bezeichnen, oder kommen auch Geschwüre ohne Induration als syphilitische Primäraffecte vor?

Die Antwort lautet: die Induration ist **fast** ein constantes Vorkommnis bei einem syphilitischen Primäraffecte beider Geschlechter, **aber nur „fast"**, und nicht indurirte derartige Primäraffecte sind minder häufig. Von diesen letzteren ist noch eine erkleckliche Anzahl jener Fälle abzuziehen, in denen verschiedene, meist auf anatomische Verhältnisse basirte Eigenthümlichkeiten der betroffenen Gegenden eine genaue Untersuchung nicht zulassen. Aber die Induration kann fehlen, ohne das Wesen jener Krankheit, deren fast constante Begleiterin sie ist, zu beeinträchtigen, gerade so, wie wir es bei anderen Erkrankungen von anderen Hauptsymptomen sehen.

Denn der „Schanker" ist nicht ein Primäraffect der Syphilis, weil er indurirt ist, sondern er ist indurirt, weil er ein Primäraffect der Syphilis ist, und deshalb kann er ein solcher Primäraffect und doch nicht indurirt sein, d. h. die Syphilis kann verlaufen, ohne ein oder das andere Symptom hervorgerufen zu haben und in einzelnen Fällen kann unter den fehlenden Symptomen gerade auch die Induration sein.

Damit wären wir beim Streite zwischen den Dualisten und Unitariern angelangt, von denen die ersteren den „Schanker", id est den Primäraffect der Syphilis, und das weiche, venerische, contagiöse Geschwür (von Sigmund vorzugsweise so genannt), id est den weichen Schanker, aus zwei verschiedenen Quellen ableiten, während die Unitarier für die genannten beiden Erkrankungen einen Ursprung annehmen.

Die Autoren der letzteren Richtung benützen nämlich die Wahrnehmung, dass Syphilis nach einem nicht indurirten Schanker auftreten könne, als Beleg für ihre Behauptung. Sie sagen: „Da Syphilis nach einem **nicht** indurirten Schanker auftreten kann, ein nicht indurirter Schanker aber ein weicher ist, so kann Syphilis auch der Folgezustand eines weichen Schankers sein. Somit ist der weiche Schanker und der indurirte identisch, denn sie führen beide zu denselben Consequenzen und müssen somit auch einer und derselben Ursache entspringen, einem und demselben Virus ihre Entstehung verdanken. Zwischen hartem und weichem Schanker besteht also nur **ein**, in dem Mangel eines Symptoms bei letzterem beruhender Unterschied.

Es ist demnach nicht richtig, weil in nichts begründet, den „Schanker" mit harter und den mit weicher Basis als zwei einander fremde Krankheiten zu betrachten. Sie sind nur verschiedene Manifestationen (und zwar die ersten) einer Krankheit — der „Syphilis."

Man sieht, dieses ganze System beruht auf dem einen Trugschluss: Ein nicht indurirter „Schanker" ist ein weicher Schanker.

Das ist ein Trugschluss, denn ein Geschwür wird nur durch die späteren Krankheitserscheinungen, die sich nach ihm entwickeln, die untereinander und mit ihm im Nexus stehen, zu einem syphilitischen, aber nicht dadurch, dass es indurirt ist.

Treten diese späteren Krankheitserscheinungen auf, dann ist jenes Geschwür ein „Schanker", gleichviel ob es indurirt oder nicht indurirt ist.

Treten diese späteren Krankheitserscheinungen nicht auf, dann ist es keinesfalls ein „Schanker", i. e. ein Primäraffect der Syphilis, denn von dieser ist ja unter solchen Umständen der Kranke gar nicht befallen, sondern jenes Geschwür ist einfach ein weiches, venerisches, contagiöses Geschwür (im Sinne v. Sigmund's z. B.), i. e. ein weicher Schanker, das ist eine vom syphilitischen „Schanker" grundverschiedene Krankheit, welche einer und derselben Quelle, wie der syphilitische Initialaffect ebensowenig entstammt, wie z. B. Morbillen und Variolen, einem und demselben Contagium entspringen können. Und zu diesem letzteren Schlusse kommt man nur durch die Betrachtung der Folgezustände beider, wobei die Basis beider ganz ausser Acht gelassen ist.

In der Praxis wird man wenig Schwierigkeiten in dieser Beziehung haben, meint Fournier; denn, wie gesagt, der syphilitische Primäraffect beim Manne ist in der enormen Mehrzahl der Fälle indurirt, und beim Weibe nur sehr selten — vielleicht in 100 Fällen 5mal — nicht indurirt. Das Vorhandensein der Induration kann somit als Regel, ihr Fehlen als höchst seltene Ausnahme betrachtet werden.

§ 15. Der „Schanker" tritt in verschiedenen Formen auf, indem entweder die eine oder andere oder mehrere von seinen Eigenschaften gleichzeitig über das Mass des Gewöhnlichen hinausgehen, unter dasselbe herabsinken, ganz fehlen, auch wohl durch andere gewöhnlich nicht vorkommende ersetzt werden können. Dies bezieht sich auf alle seine Attribute mit Ausnahme des Erosivprocesses, und kann als hervorstechendstes Beispiel, wie erwähnt, die Induration angesehen werden, welche nach dem früher Gesagten sehr umfangreiche Dimensionen annehmen,

aber auch sich verkleinern und schliesslich ganz fehlen kann. Es können andererseits viele Symptome fehlen, so dass der „Schanker“ Allem eher, als dem gleicht, was man sonst unter diesem Namen versteht, und der in solchen Fällen vorliegende Substanzverlust nur wegen des Vorhandenseins der Induration und der nie fehlenden Erkrankung der (anatomisch) zugehörigen Lymphdrüsen und des nachmaligen Auftretens der Folgezustände mit jenem Namen belegt werden kann. Besonders bei Weibern finden sich solche schwach ausgeprägte Formen.

1. Varietäten des „Schankers“, veranlasst durch verschiedene Ausbreitung in die Fläche: Für gewöhnlich hat der syphilitische Primäraffect beiläufig die Grösse eines Zwetschkenkernes und solche, welche dieses Mass überschreiten, kann man schon zu den grossen rechnen. Und es gibt deren ganz grosse, wie eine Erbsschote gross. Sie finden sich in der plica genito-cruralis 6—7 Centimeter lang und einen Finger breit. Es gibt auch noch grössere, daumenlange, 3—4 Centimeter breite, welche z. B. ein ödematöses Labium majus einnehmen; aber sie sind natürlich selten. Andererseits gibt es wieder ganz kleine „Schanker“, man könnte sie Zwerg-„Schanker“ nennen.

Die Grösse des Initialaffectes, die Beschaffenheit desselben überhaupt, hat mit der Intensität der später an dem Individuum auftretenden Syphiliserscheinungen gar keinen Zusammenhang.

2. Varietäten des „Schankers“, veranlasst durch verschiedene Ausbreitung in die Tiefe. Diese zerfallen in 4 Arten: Erosive (desquamative), exulcerirende, ulcerirende und papulöse.

Beim erosiven „Schanker“ betrifft die Zerstörung nur die Epidermis oder das Epithel, beim exulcerirenden greift sie schon etwas tiefer, bis an das subcutane oder submucöse Bindegewebe, der ulcerirende stellt einen grubigen Substanzverlust vor, welcher aber nicht auf Kosten der normalen Gewebe, sondern der neugebildeten Masse — des Substrates der Induration — zu Stande gekommen ist. Der papulöse „Schanker“ endlich (das ulcus elevatum) bildet, wie bereits auseinandergesetzt, eine kleine Erhabenheit, welcher der Substanzverlust aufsitzt, die der später zu beschreibenden („secundären“) Papel (plaque muqueuse) ähnlich ist.

Die beiden ersten Formen sind die häufigeren und verhalten sich der Zahl nach zu den anderen (man kann sagen) wie 8 : 2, bei der ulcerösen Form betrifft der Substanzverlust lediglich die Induration.

Es geht dies daraus hervor, dass seine Heilung ohne Narbe erfolgt; ja es bleibt sehr oft nicht die geringste Spur des vorausgegangenen Processes. Seine Ränder sind gewöhnlich erhaben, vorspringend, etwas weniger roth als die angrenzenden Gewebe, sie verschmelzen meist durch sanfte Abdachung mit dem Grunde des Geschwüres, so dass das Ganze eine Art Napf darstellt (ulcus cupuliforme). Er kommt bei Männern häufiger vor als bei Weibern. Dafür wird die papulöse Form wieder bei Weibern häufiger beobachtet, bei denen nämlich auch die früher geschilderten Varietäten oft während eines ihrer Entwicklungsstadien sich als mehr oder weniger deutliches ulcus elevatum präsentiren können.

3. Varietäten des „Schankers", veranlasst durch die Verschiedenheit des Sitzes. Der Sitz beeinflusst die Beschaffenheit eines „Schankers" in so auffallender Weise, dass derartige Geschwüre, welche gleichzeitig an einem und demselben Individuum vorkommen, lediglich in Folge des verschiedenen Sitzes einen verschiedenen Anblick gewähren können. (Auch ein und derselbe „Schanker", kann schon in seinen zwei Hälften ein verschiedenes Aussehen darbieten, wenn er z. B. an den Uebergangsstellen der Haut in die Schleimhaut sich befindet).

Hauptsächlich gilt dies von einem solchen Initialsymptome auf der Haut.

Ziemlich oft ist der syphilitische Primäraffect mit einer Kruste bedeckt, als ob er eine ecthymatöse Efflorescenz wäre. Man nennt ihn dann ecthymatöser „Schanker", aber mit Unrecht, denn durch eine solche Bezeichnung gibt man Veranlassung zu dem Glauben, als ob er auch aus einer Pustel (wie die Ecthyma) entstanden wäre, welche sich dann später mit einer Kruste bedeckt. Viel besser passte für ihn die Bezeichnung crustöser „Schanker", weil damit nur gesagt wäre, dass ein Initialaffect gemeint ist, dessen Secret zu einer Kruste verhärtet. Diese Art kann an keiner Schleimhaut vorkommen, weil das Secret der letzteren so copiös ist, dass es sofort jenes der Geschwürsfläche wegschwemmt und somit demselben nicht Zeit lässt, sich anzusammeln und Krusten zu bilden. Man findet sie aber bei Weibern häufig am freien Rande oder der äusseren Fläche der grossen Lippen, an den Hinterbacken, Schenkeln, am Venusberg, an den Lippen des Mundes, an den Mammis, etc.

Diese Kruste ist vereinzelt, umschrieben, bräunlich oder dunkelbraun mit gräulichen Streifen und Flecken, ziemlich (1—2 Millimeter)

dick, von unebener Oberfläche, mit dem Nagel leicht abzuheben, löst sich in einigen Stunden unter dem Einflusse von fetten Einreibungen, Kataplasmen und Bädern ab, und unter ihr findet sich dann das Geschwür mit allen seinen Varietäten. Man muss die Möglichkeit des Vorkommens eines solchen „Schankers" kennen, um keinen Fehler in der Diagnose zu begehen und gegebenen Falls einen syphilitischen Primäraffect nicht für eine harmlose Ecthyma-Efflorescenz zu halten.

§ 16. Am allerhäufigsten kommt dieser „Schanker" an der Mamma vor und verdient darum, namentlich wegen des medico-legalen Interesses, das er darbietet, noch besondere Aufmerksamkeit. Man sieht ihn wohl meist nur in einem Exemplare, aber doch ziemlich häufig in zweien oder dreien bis zu achten, die im Kreise an der Basis der Warze in jener Furche, welche die Hervorragung der Brustdrüse von der eigentlichen Warze trennt, situirt sind. Bisweilen findet man an beiden Drüsen solche „Schanker", und sie sind links und rechts gleich häufig anzutreffen. Ausser jener Furche ist auch die Warze selbst, dann der Warzenhof und endlich (am allerseltensten) die untere Fläche des (hängenden) Busens, der Sitz eines crustösen „Schankers." Wie an anderen Stellen ist auch an der Brustdrüse der syphilitische Initialaffect in seinem ersten Auftreten unschmerzhaft. Er zeigt sich nur im Beginne als „Ass", wie man hier zu Lande sagt, als eine röthliche Erhabenheit, die an der Spitze leicht abgeschürft ist, als eine Schrunde oder ein Riss, wie dergleichen beim Säugegeschäft nicht selten entstehen und wegen des geringen Schmerzes von den Ammen nicht weiter beachtet werden. Indess bleibt dieses „Ass", diese Art von Schrunden (während die lediglich in traumatischer Weise entstandenen bald wieder heilen) längere Zeit unter steter Vergrösserung, oder auch ohne dieselbe, persistent, und erregt dadurch erst die Aufmerksamkeit der betreffenden Personen. Bisweilen aber ist letzteres auch jetzt noch nicht der Fall, sondern der „Schanker" heilt, verkannt oder unentdeckt, und der Arzt, welcher erst in einer späteren Periode der bereits in anderer Art sich äussernden Syphilis herbeigerufen ist, muss aus einer Narbe, einer Induration oder der Anamnese die wahre Natur des längst abgelaufenen Primäraffectes erschliessen.

Der „Schanker" der weiblichen Brust zeigt sich auf der Höhe seiner Entwicklung in einer der folgenden zwei Formen: entweder als einfache Erosion, als erodirte Papel (in einer sehr kleinen Anzahl von Fällen) als leichte Ulceration oder als „Krustenschanker", in

welchem letzteren Falle er einem Ecthyma vulgare, der Kruste eines Furunkels oder einer vertrockneten Krätzepustel ähnlich ist. Diese Formen treten nicht zufällig auf, sondern die ersteren kommen bei Stillenden vor, indem die Lippen des Säuglings die sich etwa bildenden Krusten loslösen, die letzteren hingegen zeigen sich bei Jenen, welche nicht stillen und sind dann so beschaffen, wie dies oben von dem „Schanker" der Haut überhaupt ausgesagt wurde.

Betrachten wir nun die Formen der ersteren Art, so bemerken wir zunächst, dass sie eine verschiedene Ausdehnung besitzen, die bisweilen bis zur Grösse einer Linse oder einer schmalen Furche, einer Schrunde, eines Ritzes von 2—4 Millimeter Breite herabsinkt. Die Gestalt ist je nach dem Sitze verschieden.

Auf dem Warzenhofe, dem Drüsenkörper ist der „Schanker" rund oder ovalär, weil es ihm da möglich ist, sich nach allen Seiten auszubreiten; auf der Warze selbst oder auf ihrer Basis, ist er von unregelmässiger Gestalt, meistens spaltförmig; oft umgibt er die Warze in Form eines Halbmondes oder eines vollständigen Kreises. Im Uebrigen besitzt er alle jene Eigenschaften, und kommen alle jene Varietäten vor, die bisher bezüglich seiner erörtert wurden. Zu bemerken ist nur, dass die Induration fast ausnahmslos vorhanden, wenn auch manchmal in geringerem Grade ausgeprägt ist. Bei seiner Heilung lässt er gewöhnlich einen dunkelrothen Fleck zurück, der sich bald in einen broncefarbenen oder bräunlichen umwandelt und schliesslich vollkommen spurlos verschwindet, so dass fast immer schon nach einigen Wochen auch nicht das geringste Zeichen von dem vorausgegangenen Primäraffecte an der Brustdrüse, mit Ausnahme der Induration, zu finden ist. Nebstdem besteht dann auch noch als wichtiges diagnostisches Merkmal die Erkrankung der anatomisch zugehörigen Lymphdrüsen. Die Induration überdauert das Geschwür um Monate. Sie zeigt uns hinterher die Spur der Eingangspforte, welche das Gift bei seinem Eindringen in den Organismus benützt hat und legt auf diese Weise unumstösslich Zeugnis für den Modus der Infection ab.

§ 17. Die Physiognomie des „Schankers" ändert sich auch in der Geschlechtsgegend je nach dem Theile derselben, welcher afficirt ist.

Auf dem mons veneris, sowie auf allen mit dem integumentum commune bedeckten und besonders mit Haaren bewachsenen Theilen der Geschlechtsorgane findet sich meist der Krusten-„Schanker".

An den grossen Labien ist der „Schanker" meistens rund oder oval, und die Längsachse des Ovals entspricht der Längsachse des Organes. Die Induration ist hier immer deutlich ausgeprägt und nicht selten so massig, dass sie die Grenzen des Geschwüres weit überschreitet. Das ist auch die Stelle, wo der „Schanker" am häufigsten die papulöse Form, wenigstens in einem der Stadien seiner Entwicklung, annimmt.

An den kleinen Labien finden sich zuweilen die Indurationen so schwach ausgeprägt, dass es zu empfehlen ist, bei der Untersuchung das Organ in dem Durchmesser von oben nach unten, bei welcher Raumbezeichnung das Weib liegend gedacht wird, zwischen die Finger zu fassen und zusammenzudrücken. Andere Male ist wieder die Induration, wie bereits früher gesagt worden, so stark, dass das ganze Organ als ob es aus Pappendeckel wäre, zwischen den Nachbargebilden hervorragt. Dasselbe gilt von der Clitoris und ihrem Praeputium.

Der „Schanker" am meatus urethrae und in der Nachbarschaft desselben ist meistens der Sitz starker Indurationen und heilt wegen der Verunreinigungen mit Urin in der Regel langsam; — befindet er sich genau an der Mündung, so ist dieselbe starr, klaffend, geröthet, bei Druck blutend und immer circumscript, aber deutlich indurirt — gleichviel ob sich das Geschwür in das Lumen der Harnröhre hinein fortsetzt oder nicht.

§ 18. Als wichtig für die Behandlung des weiblichen Geschlechtes kommt noch der „Schanker" an der Vaginalportion des Uterus in Betracht. Es ist bereits gesagt worden, dass man ihn nicht so selten beobachtet, als gewöhnlich angenommen wird. Er ist entweder central, d. h. an einer oder der anderen, auch wohl an beiden Lippen entwickelt, begrenzt sich aber jedesmal am Orificium; sitzt er excentrisch, so kann er sich an jedem Punkte des Scheidentheiles etabliren, findet sich aber doch meist am unteren Segmente (bei welcher Raumbestimmung das Weib liegend gedacht ist).

Der „Schanker" des Cervicalcanales ist bis jetzt noch nicht klinisch erwiesen, aber es ist immerhin möglich, dass auch dort ein solcher vorkomme, nachdem die Existenz eines weichen Schankers im Cervicalcanal von Delmas und Combal präcise in einem Falle nachgewiesen wurde.

Der „Schanker" der Vaginalportion findet sich meist nur in Einem Exemplare an der Kranken.

Er besitzt eine verschiedene Gestalt, rund oder ovalär, wenn er excentrisch ist, und ist er central, so umgibt er das orificium canalis cervicis uteri in einem mehr oder weniger vollständigen Kreise. Die Grösse ist verschieden, von der einer Linse bis zu jener einer Aprikosenscheibe.

Er ist entweder flach oder papulös, an der Oberfläche glatt, und die Farbe, welche von jener der Nachbargewebe auffallend absticht, ist speckgrau, von einem pseudomembranösen Ueberzuge des Grundes und ähnelt einigermassen der auf dem Durchschnitte scirrhöser Tumoren wahrgenommenen. Diese Farbe geht bisweilen ins Weissgraue oder Mattweisse über, andere Male ist sie graugelb oder chamois mit rothen kleinen Tupfen. Die Ränder sind zuweilen leicht roth und lassen dadurch den Grund nur noch mehr von der Umgebung abstechen. Die Secretion ist äusserst sparsam und mengt sich fortwährend mit der copiösen Secretion der Nachbargebilde. Weder spontan noch bei der Berührung zeigt sich der mindeste Schmerz, so dass die Kranken, wie bereits oben gesagt worden ist, wegen eines „Schankers" am Scheidentheile niemals den Arzt aufsuchen, sondern man entdeckt ihn immer zufällig, wenn die Vagina aus irgend einer anderen Veranlassung mit dem Speculum explorirt wird.

Fournier hat wiederholt Herpes an der Vulva und an der Umgebung derselben bei „Schanker" portionis vagin. wahrgenommen. Dieser Herpes ist überhaupt eine Begleitungserscheinung vieler anderer Genitalaffectionen, z. B. der Urethritis, Vaginitis, des Schankers der Scheide und findet sich selbst bei der Menstrual- und Schwangerschaftscongestion. Ob er in einem Zusammenhange mit den erwähnten Leiden steht, und in welchem, darüber gibt es nicht einmal Vermuthungen. Anlässlich eines solchen Herpes vorgenommene Untersuchungen der Scheide mit dem Speculum führten zuweilen zur Entdeckung der erörterten Krankheit am Scheidentheile.

Es ist schon der Schwierigkeiten der Constatirung einer Induration an den Primäraffecten, die sich am collum uteri etabliren, gedacht worden. Einerseits ist das Organ von Natur aus etwas hart; ist es demnach schon schwer eine pathologische Härte an einem von Haus aus hartem Organe nachzuweisen, so steigert sich die Schwierigkeit noch durch die eigenthümlichen Lagerungsverhältnisse der Gebärmutter, welche eine regelrechte Betastung mit zwei Fingern, wie sie oben geschildert wurde, nicht zulassen. Und eine Betastung mit einem Finger

bei dem sonst üblichen Touchiren, welches für andere Zwecke vollkommen ausreicht, liefert für den hier in Rede stehenden so viel wie kein Resultat. Vielleicht dass man auf diese Weise eine Hypertrophie mit Härte diagnosticiren kann, oder hie und da partielle Indurationen, aber es bleiben solche Aussprüche immer sehr vag. Man wird deshalb auf eine genaue Diagnose, ob Induration vorhanden ist, in welchem Grade, oder ob sie ganz fehlt, in der Regel verzichten müssen.

Im weiteren Verlaufe bemerkt man, dass der „Schanker" des Scheidentheiles mit ausserordentlicher Schnelligkeit heilt und dass die reparatorischen Veränderungen oft innerhalb 24 Stunden äusserst beträchtliche sind. Wo man gestern einen „Schanker" gesehen hat, findet man heute eine scheinbar unverfängliche, ganz gewöhnliche Erosion, welche von Erosionen anderer Art nicht zu unterscheiden ist. (Zu diesen Angaben Fournier's stehen die anderer, besonders deutscher Autoren, welche den „Schanker" des Scheidentheiles als eines der hartnäckigsten Leiden bezeichnen, im Gegensatze.) Sollte man demnach im reparatorischen Stadium den „Schanker" der Vaginalportion zu Gesicht bekommen, so kann man sich begreiflicherweise leicht täuschen, den Frauen mit Rücksicht auf die Geringfügigkeit des Untersuchungsresultates gestatten, ihre geschlechtlichen Beziehungen weiter zu pflegen und dadurch schreckliches Unheil stiften. Das ist die practische Seite der Sache, die theoretische aber besteht darin, dass, da bei dieser Rapidität der Heilung zuweilen kein Primäraffect der vollkommen entwickelten Syphilis deutlich nachzuweisen war, diese Art von Initialsymptomen Veranlassung zum Glauben gegeben hat: eine Syphilis d'emblée, d. i. allgemeine Syphilis ohne vorausgegangenen Primäraffect, sei möglich. Diese Theorie konnte um so eher Aufnahme finden, weil, wenn im Verlaufe auch jene Erosion geheilt ist, nur durch einige Zeit noch ein rother Fleck an ihrer Stelle besteht, endlich auch dieser schwindet und nicht die geringste Spur des vorausgegangenen Processes zurückbleibt. Das Vorkommen einer Narbe an der Vaginalportion, in Folge desselben, gehört zu den Ausnahmen.

Aus dem Gesagten folgt für die Therapie dieser Primäraffecte, dass man eigentlich, ausser entsprechender Hygiene, nichts anzuordnen braucht. Will man allenfalls etwas thun, so genügen, neben Injectionen zur Reinhaltung der Scheide, Bestreuungen mit Tannin, Oxydum Zinci, Magisterium Bismuthi etc., welche man mit Hilfe eines Wattatampons an den leidenden Theil applicirt, und geht unter diesen Massregeln die

Sache nicht vorwärts, so genügen einige Betupfungen mit dem Lapis vollständig. (Im Anschlusse an das oben erwähnte muss hier wieder hervorgehoben werden, dass andere, besonders deutsche Autoren die Sache als nicht so leicht schildern und die in Rede stehenden Erkrankungen als solche bezeichnen, die meistens hartnäckig jeder Therapie manchmal durch viele Wochen, viele Monate Widerstand leisten und deshalb die Geduld des Arztes auf die Probe stellen, um so eher, als die Kranken, ohne Einsicht in die Natur des Leidens und ohne mit Schmerzen behaftet zu sein, die nöthige Ausdauer bald verlieren).

§ 19. Bei den Weibern häufiger als bei den Männern sind noch der „Schanker" um den After, welcher am Rande des Afters liegt, und der eigentliche Afterschanker, der das orificium ani selbst einnimmt. Der erstere hat entweder eine ausgebreitete, runde oder ovale Configuration, oder er folgt in seiner Ausbreitung den Afterfalten und stellt dann eine längliche, schmale, ausgefranzte, rothe Fissur dar, mit erosiven Rändern, geschwürigem, sanguinolentem Grunde.· Durch Anschwellung der benachbarten Falten kann diese Schrunde maskirt werden, so dass man jene sorgfältig auseinanderziehen muss, um dieser ansichtig zu werden. Bei Ausserachtlassung dieser Vorsicht, oder wenn man die Nothwendigkeit derselben nicht kennt, kann es sehr leicht geschehen, dass man den Anal-„Schanker" ganz übersieht. In gewissen Fällen, wenn kein zweckmässiger Verband applicirt wird, die hygienischen Massregeln vernachlässigt werden, treten zu diesem Affecte inflammatorische Erscheinungen hinzu. Der ganze Rand des Afters wird dann intertriginös, dunkelroth, die Falten schwellen zu harten, vorspringenden oft bizarr geformten Wülsten. Unter diesen Verhältnissen ist der „Schanker" noch schwieriger zu entdecken, ein Fehler in der Diagnose noch leichter zu machen, wenn man vielleicht glaubt, man habe es nur mit einem Intertrigo zu thun, während im Hintergrunde eine viel ernstere Erkrankung lauert.

Der eigentliche After-„Schanker" nimmt das orificium ani ein. Er überschreitet entweder den Rand des Orificiums und ist dann leicht zu erkennen, oder er überschreitet ihn nicht und bleibt im Analcavum versteckt, und muss, damit er erkannt werde, der After entweder mit den Fingern auseinandergezerrt werden oder es müssen in denselben Instrumente (das Analspeculum, Ricord's dreiarmiger Dilatator, der Sims'sche Spiegel kleinster Gattung) eingeführt werden.

Da er sich meist an der vorderen Fläche des Afters findet, muss man die Weiber in der Bauchlage mit angezogenen Schenkeln unter-

suchen; doch beobachtet man ihn auch an der rückwärtigen Wand und an den Seitenwänden des Anus. — Er ist von verschiedener Ausdehnung, aber häufig nur spaltförmig. Das Geschwür, welches er darstellt, ist immer gereizt, entweder durch die natürliche Faltung seines Standortes oder durch die Besudlung mit Faecalmassen; oft wird es bei der Defaecation gewaltsam gezerrt. In Folge dessen ist es immer livid oder weinroth. Es ist häufig ganz oder zum grössten Theile oberflächlich und verursacht nur sehr wenig Schmerz; meist ist es indolent im Gegensatze zu gewissen anderen Fissuren, welche mit den heftigsten Schmerzen verbunden sind.

Die Induration des After-„Schankers" ist, sei sie auch noch so ausgeprägt, gewöhnlich nicht zu diagnosticiren; denn es gibt auch hier unbesiegbare Hindernisse, welche eine regelrechte Untersuchung, jenes Abheben des „Schankers" von den unterliegenden Geweben, das eine Grundbedingung der exacten Exploration ist, nicht gestatten. Diese Hindernisse liegen in dem anatomischen Baue, in der Anheftung der ergriffenen Theile durch ein kurzfaseriges Bindegewebe an ihre Unterlage und in der Eigenart des Schliessmuskels am After, welcher, wie jeder andere Sphincter, bei dem Versuche ihn zu dilatiren (und dieser müsste der Untersuchung vorausgehen), sich um so energischer um den explorirenden Finger contrahirt und die Verwendung dieses letzteren unmöglich macht. Zuweilen ist es aber doch möglich, die Induration des After-„Schankers" zu erkennen und dies dann, wenn er zum Theile die Afteröffnung überragt und einen vorspringenden Wulst bildet. In Fällen dieser Art hat er auch eine eigenthümliche Gestalt. Er besteht dann aus 2 Hälften, welche wie die Blätter eines Buches sich aneinanderlegen und beim Ausbreiten jener Gegend aufschlagen lassen. Es ist jedoch zu bemerken, dass auch der weiche Schanker in dieser Gegend die gleiche Form besitzt — ferner, dass die Falten daselbst sich häufig einfach in Folge von Reizung nahe bei einem weichen venerischen contagiösen Geschwüre entzündlich infiltriren und eine ähnliche Form annehmen.

§ 20. Es erübrigt nunmehr noch über die Complicationen des „Schankers" zu sprechen.

Bei den Männern sind die anatomischen Verhältnisse Ursache von mancherlei mehr oder weniger ernsten Complicationen. Dahin gehören die Phimose, Paraphimose, Balano-posthitis (in Folge von verhindertem Eiterabflusse), welche einfach phlegmonös oder erysipelatös, gangränös sein kann, etc.

Bei den Weibern kommen dergleichen Complicationen caeteris paribus viel seltener vor und sind meist entzündlicher Natur. Entweder wird der „Schanker“ selbst oder seine Umgebung von Entzündung ergriffen. Diese kann spontan auftreten, ist aber meist das Ergebnis von allerlei äusseren Einwirkungen. Dergleichen sind: Mangel an Hygiene oder an zweckmässiger Behandlung, also Unreinlichkeit, Abgang jedes Verbandes, Fatiguen, Märsche, Tanz, — venerische oder alcoholische Excesse (denn der „Schanker“ ist gegen den Einfluss des Alcohols sehr empfindlich, meint Fournier) — ferner Application reizender Medicamente, unzweckmässige und zur Unzeit wiederholte Cauterisationen.

Wenn der Primäraffect sich entzündet, schwillt er an, umgibt sich mit einem hyperämischen Hofe, wird gegen Druck empfindlich, ist aber auch spontan schmerzhaft. Seine Oberfläche wird dunkelroth, livid und er secernirt viel mehr als früher, manchmal wird er schwammig, schwärzlich, stellenweise ecchymotisch, hie und da selbst gangränös.

Beschränkt sich aber die Entzündung auf die Nachbarpartien, dann findet man bei „Schankern“ in der Nähe und an der Vulva — Vulvitis, jedoch nur partielle umschriebene Vulvitis mit folgenden Symptomen:

Röthe, erhöhte Temperatur, Schwellung, Schmerzhaftigkeit, entzündliche Spannung der den Initialaffect umgebenden Partien, bisweilen auch mehr oder weniger deutliches Oedem. Dieses Oedem kann so stark sein, dass es die ergriffenen Theile auffällig vergrössert und merkwürdig umstaltet. Die Labia majora können so gross wie ein Ei, eine Citrone, eine Orange werden. Die kleinen Lippen verdoppeln, ja verfünffachen ihr Volum, hängen als rosenfarbene, halbdurchscheinende, mannigfach verdrehte Kämme aus der Vulva heraus und nehmen so sonderbare Formen an, dass man das Organ nicht gleich auf den ersten Blick wieder erkennt.

Diese Complication erregt die Besorgnis der Kranken, welche sie zum Arzte führt, denn in ihren Augen ist jene Complication die Hauptsache und die Patienten müssen erst auf die eigentliche veranlassende Erkrankung aufmerksam gemacht werden.

So bedeutungsvoll auch diese Oedeme und die durch selbe gesetzten Veränderungen zu sein scheinen, so unbedeutend sind sie in Wirklichkeit und schwinden in wenig Tagen unter dem Einflusse der Hygiene und der einfachsten Behandlung, als: der Ruhe, lauer Bäder, welche nach Bedürfnis alle Tage wiederholt werden müssen, ge-

nauester Reinlichkeit, erweichender Fomentationen und zweckmässiger Verbände.

Neben anderen Complicationen ist aber noch folgende bemerkenswerth: Ein grosses Labium, seltener ein kleines, schwillt an und infiltrirt sich mit einem Exsudate, welches dem Organe eine gewisse Starrheit verleiht, einen Zustand, der die Mitte hält zwischen der Härte der entzündlichen Anschoppung und jener, wie sie der ödematöse Erguss hervorruft. Die Gewebe geben dabei dem Fingerdrucke nicht nach, sondern befinden sich in einem ähnlichen Zustande wie bei Sclerema (der Zellgewebsverhärtung), weshalb auch für denselben die Bezeichnung sclerösе Induration gewählt wird. Er ist ziemlich lange andauernd, dauert länger als eine durch Oedem oder entzündliche Infiltration bedingte Gewebsveränderung. Die antiphlogistische Behandlung, gegen diese wirksam, ist wirkungslos gegen jenen und er widersteht hartnäckig jeder Therapie; am wenigsten schlecht bewährten sich noch Einpinselungen mit Jodtinctur. Die pathologische Anatomie gibt über ihn keinen Aufschluss, und nur vermuthungsweise kann man es aussprechen, dass man es in solchen Fällen mit ausgebreiteter netzförmiger Lymphangioitis zu thun hat.

Die letzte Complication endlich ist der Phagedänismus, welcher neben dem „Schanker“ allerdings nur äusserst selten vorkommt, beim Manne noch eher als beim Weibe zu finden ist, wo man nur ausnahmsweise Zerstörungen an den grossen Labien, Verluste der kleinen etc. — wohlgemerkt, in Folge eines syphilitischen Primäraffectes — bemerkt. Dagegen findet man die Phagedän nicht selten als Complication der Spät- (tertiären) Formen der Syphilis, in Folge des weichen Schankers oder endlich in Folge gleichzeitig vorhandener Scrofulose. Sie ist die beträchtliche, rebellische, oft chronische Form einer Ulceration, welche sich entweder immer mehr in die Fläche oder in die Tiefe einfrisst, und dabei auf ihrem Wege Alles zerstört. Der Phagedänismus ist immer eine gefährliche Complication, aber unter dem Einflusse der Hygiene und zweckmässiger Behandlung weicht er in vielen Fällen bald.

§ 21. Gehen wir nun nach diesen Auseinandersetzungen zur Therapie des „Schankers“ über, so drängt sich zuerst die Frage auf: Gibt es eine Abortivbehandlung desselben? Allerdings — man kann ihn im Beginne seiner Entwicklung und auch später mit Erfolg durch eine energische Cauterisation zerstören. Bisweilen genügt, je nach dem Sitze, ein Scherenschlag, ihn zu beseitigen. Allein, nun entsteht

die weitere Frage: verhütet man dadurch auch den Ausbruch der Syphilis? Lange Zeit hat man dies gehofft, und Hunter und Ricord haben es gelehrt. Hunter sagte: „Der Schanker ist eine örtliche Erkrankung. Er ist nicht gefährlich für den Organismus, wenn man ihn alsbald nach seinem Erscheinen und zu einem Zeitpunkte, von dem man logischerweise annehmen kann, dass sich bis zum Eintreten desselben die Absorption noch nicht vollzogen hat, zerstört." Ricord behauptete: Der „Schanker" ist bei seinem Entstehen eine locale Erkrankung. Selbst wenn er ein inficirender ist, beschränkt sich sein Einfluss anfangs auf die Gegend, wo er sitzt. Die Allgemeininfection erfolgt nicht unvermittelt und in kurzer Zeit. Sie ist vielmehr ein Folgezustand der Entwicklung des „Schankers" und braucht ihrerseits zur Entwicklung eine gewisse (längere) Zeit. Wenn man einen „Schanker", der im Begriffe ist, sich zu induriren, zerstört, so heisst das so viel, als die Quelle einer constitutionellen Infection verstopfen ..... Ricord fügt noch hinzu: „Von allen Schankern, welche ich in den ersten 3—4 Tagen der Ansteckung selbst cauterisirt habe oder cauterisiren sah, war **keiner** von constitutionellen Symptomen gefolgt."

Diese Lehre wäre sehr trostreich, wenn sie wahr wäre, aber sie ist vollständig widerlegt durch die Erfahrung. Sie stützte sich auf Analogie und auf klinische Thatsachen, doch die Analogie war falsch und die klinischen Thatsachen wurden falsch gedeutet.

Man hat nämlich die Syphilis mit der Hundswuth verglichen und hat gesagt: Cauterisirt man baldmöglichst die Bisswunde, welche ein toller Hund gesetzt hat, so gelingt es den Ausbruch der Wuth hintanzuhalten, ebenso wird man den Ausbruch der Syphilis hintanhalten, wenn man den „Schanker" sobald als möglich, nachdem er sich zu entwickeln begann, cauterisirt. Das ist aber nicht richtig; denn der „Schanker" ist nicht dem Bisse gleichzustellen. Der „Schanker" ist vielmehr das erste Symptom der bereits ausgebrochenen Syphilis, und wenn man schon eine Analogie aufstellen will, gleich dem ersten der Symptome der Hundswuth, und so wenig es nützen würde, bei dem Ausbruche desselben (jenes ersten Symptomes) die Bisswunde zu cauterisiren, damit weitere Symptome der Lyssa nicht zum Vorschein kommen, so wenig Sinn hat es, den „Schanker" zu cauterisiren, um die weitere Entwicklung der Syphilis hintanzuhalten.

Das Analogon des Hundebisses ist (in unserem Falle) der Coitus. Sowie, während der Mensch gebissen wird, das Wuthgift übertragen

wird, so kann beim Coitus das Syphilisgift übertragen werden. Man müsste also, um von der Cauterisation den gewünschten Effect beanspruchen zu dürfen, unmittelbar nach dem Coitus ätzen (so wie man unmittelbar nach dem Bisse cauterisiren soll). Allein was soll man da cauterisiren? Den „Schanker“? Man wird ihn nicht finden, denn dieser entwickelt sich ja erst mehrere Tage oder Wochen nach dem inficirenden Coitus, wie an einer früheren Stelle ausführlich dargethan wurde.

Die Berücksichtigung dieses letzteren Umstandes ist auch wichtig, denn er beweist, dass die klinischen Facten, welche man als die Stützen der oben citirten Irrlehre benützte, falsch gedeutet wurden. Jedes Geschwür, welches man, wenn auch im ersten Stadium der Entwicklung 3—4 Tage nach dem Coitus vorfand, war kein „Schanker“. Es war ein weicher Schanker, war ein Substanzverlust, der von einem Herpes, von einer Erosion, aus irgend einer anderen Ursache stammte. Aber es war kein „Schanker“ (= Primäraffect der Syphilis). Das konnte er nach den früher mitgetheilten, mit den klinischen Erfahrungen übereinstimmenden Ergebnissen der Experimente nicht sein. Und wenn man geglaubt hat, einen solchen Affect in seiner Entstehung cauterisirt zu haben, worauf hat man denn die Diagnose, dass er es wirklich war, basirt? Hat man durch Confrontation sich die Gewissheit verschafft, es entstamme der cauterisirte Substanzverlust dem Coitus mit einem syphilitischen Individuum? Nein. Und ist es überhaupt möglich das Initialsymptom der Syphilis in seiner Entstehung zu diagnosticiren zu einer Zeit, in der es einer harmlosen Erosion so ähnlich ist, wie ein Ei dem anderen? Es scheint vielmehr der Fall zu sein, dass, während man glaubte, einen „Schanker“ in seiner Entstehung zu cauterisiren, man alles Andere cauterisirt hat, nur keinen „Schanker“, keinen Primäraffect der Syphilis. Andererseits haben viele Schüler, nach dem Vorbilde des Meisters, Substanzverluste, die vielleicht „Schanker“ in der Entstehung waren, am 4. Tage des Bestandes und noch früher energisch cauterisirt, vollkommen zerstört, aber die Syphilis entwickelte sich gerade so, als ob nichts geschehen wäre. Ja, die Cauterisation bis zur completen Zerstörung des Geschwüres ausgeführt, hat nicht einmal den Effect, die Entwicklung der Induration hintanzuhalten, indem dieselbe sich unter der Narbe des durch die Aetzung gesetzten Substanzverlustes ebenso etablirt, wie sie sich wahrscheinlich unter dem ursprünglichen Geschwüre entwickelt hätte. Die Cauterisation behufs der Abortivbehandlung des „Schankers“ ist für die weitere Entwicklung der Syphilis vollkommen

gleichgiltig. (Ueber den Werth der Cauterisation als Abortivtractamen haben andere ausser den citirten und namentlich deutsche Autoren entgegengesetzte Ansicht, fixiren aber, je nach individueller Erfahrung, und Anschauung verschieden lange Zeiträume, innerhalb welcher die erwähnte Prohibitivmassregel sich als solche bewährt).

§ 22. Es wirft sich nun die Frage auf: hat die energische Cauterisation zur Vernichtung des bereits einmal entwickelten „Schankers" einen Werth? Antwort: Nein. Da der „Schanker" an und für sich (ohne Rücksicht auf seine Folgezustände) zu bedeutungslos ist, thut man besser, sich eines energischen und sonst nebenher für den Kranken nicht gleichgiltigen Verfahrens zu enthalten. Im Gegentheile, die einfachste Behandlung wird die beste sein. Je weniger man durch schlecht gewählte, durch übelangebrachte Cauterisationen irritirt, desto rascher tritt Heilung ein. Aber ärztlich überwacht und einer sorgfältigen Hygiene unterworfen muss der mit einer solchen Erkrankung Behaftete immerhin werden.

Die Hygiene erheischt:

1. Geschlechtliche Enthaltsamkeit im Interesse des Kranken und im Interesse Anderer. Die anscheinende Geringfügigkeit und Schmerzlosigkeit des „Schankers" machen die Patienten in diesem Punkte sorglos, und der Arzt muss deshalb auf die Gefahr, welche der Nichtbeachtung der gebotenen Enthaltsamkeit entspringt, nachdrücklich aufmerksam machen.

2. Muss aus der Diät (Speisen und Getränken) alles Excitirende entfernt werden, z. B. starke Alcoholica, überhaupt excessiver Genuss von Alcoholicis, Branntwein, Café etc. (Andere erlauben mässigen Genuss von Alcoholicis, Café etc., und ordnen ihn bei Anämischen, Herabgekommenen geradezu an).

3. Obwohl man stricte Ruhe nicht anzurathen braucht — ein Rath, der nebenbei bemerkt, auch nicht beachtet werden würde — sollen andererseits forcirte Bewegungen, Nachtwachen, Tanz und Beschwerden überhaupt gemieden werden.

Oertlich ist dann die minutiöseste Reinlichkeit angezeigt; häufig wiederholte Waschungen blos mit Wasser, besonders, wenn der „Schanker" oft wiederkehrenden Verunreinigungen mit Urin oder Faecalmassen ausgesetzt ist; — örtliche Bäder, — allgemeine laue Bäder jeden 3., 4. Tag, namentlich wenn Neigung zur Entzündung der Nachbargewebe vorhanden ist.

Ferner wird, um den Contact und die Reibung mit Nachbarpartien hintanzuhalten, ein einfacher Verband von trockener Charpie, welche durch eine T-Binde oder eine Serviette festgehalten wird, applicirt.

Nur um der Sucht des Publicums nach Medicamenten zu entsprechen, kann man die mit Wasser verdünnte Solutio Labarraque zu Waschungen anwenden. Sie besteht aus unterchlorigsaurem Natron neben Chlornatrium und enthält bisweilen auch doppelt-kohlensaures Natron; man verwende für den in Rede stehenden Zweck 1 Drachme auf ein Pfund Wasser. Diesen Waschungen folgt dann ein Verband mit einem isolirenden Pulver, z. B. mit Oxydum Zinci, welches man vermittelst Watta oder Charpie auf der Geschwürsfläche festzuhalten sucht.

Oder man macht Gebrauch von irgend einer alcoholisirten aqua aromatica im Vereine mit einem decoctum foliorum nucis juglandis oder einem Decocte der Essigrose (Rosa gallica). Auch kann man mit Wasser verdünntem aromatischen Wein benützen, mit einem beliebigen, siccativen aber sonst indiffirentem Agens gemengt.

Wenn der „Schanker" leicht schmerzhaft ist, dann empfiehlt man ziemlich viel Ruhe — wiederholte Bäder — Waschungen mit Eibischthee, mit aqua lactucæ mit einer Zuthat von Opium — Verbände mit einem Fett, z. B. eine Kalomelsalbe oder ein Cerat mit Laudanum. Die Fette, welche (nach der Ansicht Fournier's) dem weichen Schanker schädlich sind, sind beim syphilitischen, besonders bei Neigung zur Entzündung, am Platze.

Man hat auch noch viele andere Verbände vorgeschlagen, als: Verbände mit einer Lösung von Nitras argenti, — von ferrum tartaricum — von Zinc-Chlorür — von Phenilsäure — von verdünnter Jodtinctur — von Sublimat — von Jodoform, etc. etc., die bei der Tendenz zu heilen, welche der „Schanker" von Haus aus hat, alle sehr erfolgreich sind. Bei dieser Fülle findet man sich leicht in Verlegenheit bezüglich der Wahl der Mittel. Man wähle aber immer solche, welche nicht reizen, und wenn dergleichen die Kranken vielleicht auf den Rath irgend eines Laien anwenden, beseitige man sie so rasch als möglich. Mittel letzterer Art sind: Alaunpulver, sulfas cupri, lapis divinus, ferrum sesquichloretum, Tabakasche, Urin, etc. etc.

Ferner unterlasse man unzeitgemässe Cauterisationen, welche nutzlos reizen und bisweilen entzünden. Es wird überhaupt viel Missbrauch mit der Anwendung des Lapisstiftes bei Behandlung des

„Schankers“ getrieben. Das Nitras argenti en crayon passt (nach Fournier's Dafürhalten) nur in folgenden zwei Fällen:

1) wenn der „Schanker“ sich nicht reinigen will, wenn der Grund hartnäckig speckig bleibt, cauterisire man von Zeit zu Zeit, beiläufig alle 5 Tage oder in noch längeren Zwischenräumen und überwache den Erfolg (andere Autoren cauterisiren nach kürzeren Pausen);

2) desgleichen, wenn der „Schanker“ sich zu überhäuten zögert oder wenn die Granulationen zu stark wuchern und die Narbenbildung beeinträchtigen.

Ausser diesen zwei Fällen sind die Cauterisationen im Allgemeinen nutzlos, häufig gar schädlich; zu oft wiederholt reizen sie, unterhalten eine ungünstige, örtliche Reaction, verhärten und entzünden den „Schanker“.

Zum Schlusse sei noch der Induration erwähnt, welche zuweilen in auffallender Form und Grösse den syphilitischen Initialaffect oft lange Zeit, Wochen und Monate, überdauert. Gibt es ein Mittel, diese Dauer abzukürzen? Nein. Ist es angezeigt, die Induration vielleicht auf Wunsch des Kranken, wenn sie sich an einem vorspringenden Theile findet, durch einen chirurgischen Eingriff zu beseitigen? Nein; denn 1. ist ein solcher Eingriff nicht immer gleichgiltig; 2. bleibt nach demselben ganz gewiss eine Narbe, kurz irgend ein Kennzeichen, zurück, was mitunter den Patienten nicht angenehm ist; 3. kann es sehr leicht geschehen, dass unter der Schnittfläche nach der Excision der Induration eine neue, noch viel grössere, noch viel umfänglichere sich bildet; 4. schwindet die Induration von selbst ohne ärztliches Eingreifen nach mehreren Wochen oder Monaten. Ihr längeres oder kürzeres Bestehen hat auf die Sachlage gar keinen Einfluss, so dass von diesem Gesichtspunkte aus keine andere Therapie gegen sie einzuleiten geboten ist, als die exspectative.

II. CAPITEL.

Der syphilitische Bubo.

§ 23. Neben dem „Schanker“ tritt als Folge des Eindringens des syphilitischen Giftes in den Organismus mit Naturnothwendigkeit noch eine Erscheinung auf: der Bubo, d. i. eine später (§ 25) zu characterisirende Lymphdrüsenerkrankung. Ricord sagt: der Bubo folgt dem „Schanker“ wie der Schatten dem Körper. Er tritt also immer neben und nach dem syphilitischen Initialaffecte auf und fehlt nur in Fällen, die Ausnahmen darstellen, welche die Regel nur mehr bestätigen. Ja es gibt in der That nur wenige Symptome in der Pathologie, die so constant in ihrer Erscheinung sind, als eben jener Bubo. Und wo sitzt er? Genau dort, wo die Lymphdrüsen sich befinden, zu denen die Lymphgefässe der vom Primärsymptome afficirten Gegend hinziehen, welche also im anatomischen Zusammenhange mit dem Orte stehen, gewissermassen Anrainer der Gegend sind, wo der „Schanker“ sich befindet.

Folgende Tabelle gibt eine Uebersicht, welche Lymphdrüsen in Anbetracht der verschiedenen Gegenden, die Sitz des „Schankers“ sein können, im gegebenen Falle afficirt sein müssen und sie zeigt andererseits, wo ein „Schanker“ sitzen muss, also zu suchen ist, sobald man irgend eine erkrankte Lymphdrüse als syphilitischen Bubo erkennt.

Sitz des „Schankers“.	Zugehörige erkrankte Lymphdrüse.
„Schanker“ der Geschlechtssphäre d. i. der äusseren Genitalien.	Die Inguinaldrüsen.

Sitz des „Schankers".	Zugehörige erkrankte Lymphdrüse.
„Schanker" um die Geschlechtssphäre (d. i. des Perinaeum, der regio genito cruralis, des mons veneris, der Nates, der Schenkel etc. etc.)	Die Inguinaldrüsen.
„Schanker" des Afters und des Afterrandes.	Die Inguinaldrüsen.
„Schanker" der Lippen und des Kinnes.	Die Submaxillardrüsen.
„Schanker" der Zunge.	Die Unter-Zungenbeindrüse.
„Schanker" der Augenlider	Die vor der Ohrmuschel gelegene Drüse.
„Schanker" der Finger.	Die Cubital- und Achseldrüsen.
„Schanker" am Arme.	Die Achseldrüsen.
„Schanker" der Brustdrüse.	Die Achseldrüsen, bisweilen die vor der Axillarlinie unter dem Rande des pectoralis major gelegenen Drüsen.
„Schanker" am Collum uteri.	Die Lymphdrüsen in der Beckenhöhle (nach theoretischer Annahme) u. ausnahmsweise die Inguinaldrüsen.

Die Lymphdrüsen in der Beckenhöhle können natürlich im Lebenden nicht Gegenstand der Untersuchung sein; man kann deshalb nur die Vermuthung aufstellen, dass sie als die mit dem Collum uteri im anatomischen Zusammenhange stehenden bei einem an der Vaginalportion sitzenden „Schanker" afficirt sein mögen. Und die in seltenen Fällen neben einem solchen Initialaffect beobachteten syphilitischen Schwellungen der Leistendrüsen erklären sich durch Anastomose mit den erkrankten Drüsen der Beckenhöhle.

Es fragt sich weiter: Um welche Zeit tritt dieser symptomatische Bubo auf? Bisweilen in den letzten Tagen der ersten Woche, öfter aber im Verlaufe der 2. Woche nachdem das Primärsymptom manifest wurde. Möglich, ja sogar höchst wahrscheinlich, dass der Bubo schon früher existirt, aber wahrnehmbar ist er erst um diese Zeit. Und bis jetzt fehlt es an necroscopischen Daten, die jener Zeit,

kurz nach dem Auftreten des „Schankers“, entstammen. Man weiss andererseits wohl, dass die Entwicklung des syphilitischen Bubo im Allgemeinen, als eine sehr langsame zu bezeichnen ist, allein die in Bezug darauf gesammelten Daten sind zu schwankend, als dass sich aus denselben ein sicherer Rückschluss auf den Zeitpunkt, in welchem er sich zu entwickeln beginnt, ziehen liesse. So viel ist ausgemacht: der syphilitische Bubo ist sehr bald nach dem Auftreten des „Schankers“ wahrnehmbar.

§ 24. Während man nun a priori erwarten sollte, der syphilitische Bubo werde als die Einleitung einer so ernsten, schweren Erkrankung selbst ein derartiges Symptom sein, lehrt die Erfahrung im Gegentheile, dass er in der Regel von allen Adenopathien die leichteste ist, so dass die Kranken sich dieser Drüsenerkrankung bisweilen gar nicht bewusst sind und wenn sie sich derselben bewusst sind, sie wegen des schmerzlosen, an (dem Laien) sinnfälligen Veränderungen armen Verlaufes, von den Patienten nicht sehr beachtet werden.

§ 25. Mit wenig Worten ist der symptomatische Bubo des inficirenden „Schankers“ so zu charakterisiren: Eine bohnen- bis halbe nussgrosse, schmerzlose, ohne Entzündungserscheinungen verlaufende Drüsenanschwellung, oft hart, meist mehrere Drüsen umfassend, welche langsam verläuft und spontan sich zurückbildet.

Schon was den Umfang betrifft, findet man einen auffallenden Unterschied zwischen der in Rede stehenden und jeder anderen Drüsenerkrankung.

Die einfache genuine Adenitis in inguine besitzt Mandelgrösse und so fort bis zur Grösse einer Citrone; von gleichem Umfange ist die Adenitis beim weichen Schanker. Auch der Bubo bei Krebs ist wohl verschieden gross, aber meist viel grösser, als der syphilitische Bubo gewöhnlich zu sein pflegt. Der strumöse Bubo erreicht ungeheure Dimensionen. Also die Kleinheit oder überhaupt der geringe Umfang einer Leistendrüsenschwellung wird den Untersucher aufmerksam machen, ob nicht Syphilis das veranlassende Moment derselben sei.

Als ein zweites wichtiges, kennzeichnendes Symptom ist die Schmerzlosigkeit, man kann sagen Unempfindlichkeit, des afficirten Organes, besonders zu beachten. Der syphilitische Bubo entsteht, entwickelt sich und vergeht ohne Schmerz, ist spontan nicht schmerzhaft, genirt nicht beim Gehen und ist unempfindlich gegen Druck.

Das gerade Gegentheil von dem Gesagten bemerkt man bei der entzündlichen Adenitis und bei jener welche dem weichen Schanker folgt, wodurch diese letztere, auf deren Charakterisirung es hier am meisten ankommt, sich eclatant von der syphilitischen Leistendrüsenerkrankung unterscheidet.

Es darf aber nicht unerwähnt bleiben, dass ein pathognomomisches, ein nur dem syphilitischen Bubo zukommendes Symptom, die Indolenz nicht ist, denn wir bemerken sie auch bei Leistendrüsenanschwellungen in Folge von Cancroid, Cancer, selbst in Folge von Scrofulose (während einer gewissen Periode der Krankheit).

Die Schmerzlosigkeit deutet aber schon darauf hin, dass wir auch andere entzündliche Erscheinungen, erhöhte Temperatur, Röthe, Ergriffenwerden der Nachbargewebe (welche vor allem die Adenitis nach weichem Schanker charakterisiren) hier nicht zu erwarten haben werden. Demgemäss ist die angeschwellte Drüse von keinem Entzündungswalle, den die benachbarten veränderten Gewebe bilden, umgeben. Die Drüse verschmilzt weder mit diesen Geweben, noch mit dem die erkrankte Partie bedeckenden Theile des integumentum commune und schliesslich, wenn nach und nach mehrere Drüsen in den Process hineingezogen werden, so bleiben sie alle isolirt, wie die Perlen eines Rosenkranzes. Von allen dem findet wieder beim Bubo nach weichem Schanker genau das Gegentheil statt.

Es gibt aber noch zwei andere, weniger hervorstechende Eigenschaften beim syphilitischen Bubo.

1. Eine eigenthümliche Härte, welche jener der Induration entspricht, so dass sich Ricord zu dem Ausspruche veranlasst sah: man könne glauben, die Induration des „Schankers" sei auf die Drüse übertragen worden. Doch ist diese Härte nicht immer so deutlich ausgesprochen, als es nothwendig wäre, um sie als diagnostisches Merkmal verwenden zu können. Ihr Vorhandensein wird die Diagnose bekräftigen, ihr Fehlen aber wird, wenn nur die anderen Erscheinungen für einen syphilitischen Bubo sprechen, die Diagnose nicht umstossen.

2. Der syphilitische Bubo ist polyganglionär, d. h. man findet in Folge des infectiösen „Schankers" nicht blos eine Drüse, sondern mehrere, häufig eine ganze Gruppe erkrankt. Diese Eigenschaft kann natürlich nur dort hervortreten, wo von Haus aus viele Drüsen vorkommen, z. B. in inguine. Ricord hat zur Bezeichnung des Befundes vieler, neben einander liegender, in der geschilderten Weise er-

krankter Drüsen den Namen Plejade eingeführt. Die einzelnen Drüsen, welche eine solche Plejade zusammensetzen, sind an Grösse einander nicht gleich, und eine ragt gewöhnlich vor allen anderen an Grösse hervor. Man nennt sie nach Ricord's Vorgang das anatomische Ganglion (den Kern) der Plejade und nimmt hypothetisch an, dass sie durch Lymphgefässe im directen anatomischen Zusammenhange mit dem Sitze des „Schankers" stehe, indess die anderen nur durch jene in Mitleidenschaft gezogen werden. Alle diese einzelnen Drüsen bieten jene charakteristischen Merkmale, welche bisher für den syphilitischen Bubo erörtert wurden. Sie sind isolirt, man kann jede einzelne umgreifen, man kann sie zählen, unter der Haut verschieben; denn, wie oben gesagt, sie verschmelzen bei ihrer Vergrösserung weder mit dem benachbarten Bindegewebe, noch mit der über ihnen gelagerten Haut.

Die Plejade kommt begreiflicherweise gewöhnlich nur in inguine vor. Denn 1. sind die meisten „Schanker," welche überhaupt beobachtet werden, so gelegen, dass sie durch Lymphgefässe mit der Leiste zusammenhängen; 2. ist die Leistengegend am reichsten mit Lymphdrüsen ausgestattet.

Es sind aber nicht blos die dem Sitze des „Schankers" anatomisch benachbarten Lymphdrüsen, welche bald nach dem Beginne des Leidens erkranken, wie man gewöhnlich glaubt, sondern noch auf weitere Strecken finden sich die Drüsen in Mitleidenschaft gezogen, z. B. die glandulae iliacae bei Leistenbubonen, wie anatomische Präparate erweisen. Es kommt dann auch in diesen, von dem eigentlichen syphilitischen Primäraffecte entlegeneren Gegenden zur Bildung von Plejaden mit all' den Eigenschaften, welche eben von diesem pathologischen Producte angegeben wurden. Für die Praxis haben solche entlegenere, der Untersuchung unzugängliche Plejaden nicht viel zu bedeuten. Und selbst wenn sie der Untersuchung zugänglich wären, so würden sie für die Diagnose nicht von Interesse sein, weil das Wesen der Krankheit beim Vorhandensein jener Veränderungen in den Drüsen längst schon durch andere wahrnehmbare Symptome gekennzeichnet ist. Aber für die Theorie sind sie von äusserster Wichtigkeit. Sie zeigen, welchen Einfluss das syphilitische Gift auf das Lymphsystem hat und vielleicht auch welchen Weg das Virus bei seinem Eindringen in und bei seiner Wanderung durch den Organismus nimmt. Ob noch andere, z. B. bei Adenitis inguinalis syphilitica ausser den glandulae iliacae auch die Lumbaldrüsen, afficirt sind, ist vorläufig noch unbekannt. Aber aus dem Vorhergehenden ist der Schluss gestattet, dass,

wenn bei dem Sitze eines „Schankers“ am Collum uteri eine Plejade in inguine sich findet, die Iliacalganglien gleichfalls und zwar früher afficirt sind, und die Drüsenerkrankung in inguine durch eine Fortbewegung des Virus (gewissermassen stromabwärts) zu erklären ist.

Die Plejade, besonders wenn sie deutlich ausgeprägt ist, muss als eines der wichtigsten Symptome für die Diagnose des syphilitischen Bubo betrachtet werden, denn sie findet sich, wie aus dem oben Gesagten hervorgeht, weder bei der einfachen, gewöhnlichen entzündlichen Adenitis, noch bei der Drüsenentzündung, welche dem weichen Schanker folgt, bei der fast immer nur eine Drüse sich ergriffen zeigt, noch bei dem strumösen Bubo, bei dem allerdings mehrere benachbarte Drüsen gleichzeitig erkrankt, aber in eine Masse verschmolzen sind.

Man wird deshalb immer, um den Werth eines Geschwüres an den Genitalien und deren Umgebung zu taxiren, die Leistengegend untersuchen müssen, und findet man daselbst eine Plejade, welche nicht etwa aus einer Zeit vor der Entstehung jenes Geschwüres datirt, dann ist die Diagnose, dass man es mit einem syphilitischen Initialsymptome zu thun habe, schon gesichert.

§ 26. Welches ist nun der weitere Verlauf einer solchen Drüsenerkrankung? Die von ihr veranlasste Anschwellung besteht lange und fortwährend in gleicher äusserer Erscheinung; dann resorbirt sich die Intumescenz allmälig und spontan bis zu einem Grade, bei welchem sie nicht mehr tastbar ist. Man findet demgemäss den syphilitischen Bubo regelmässig noch, wenn der „Schanker“ schon geschwunden ist und wenn die ersten Spuren der Allgemeinerkrankung an der Haut sich zeigen. Denn vom Beginne einer solchen Drüsenerkrankung bis zum Ende der Resorption des Tumor vergehen 2—6 Monate und darüber. Diese Art des Verlaufes ist gleichfalls dem syphilitischen Bubo eigenthümlich, namentlich gegenüber der einfachen Adenitis und jener nach weichem Schanker, welche beide verhältnismässig rasch ablaufen. Es fehlt somit während des ganzen Processes, den eine in einen syphilitischen Bubo umgewandelte Lymphdrüse durchmacht, jedes entzündliche Symptom, folglich wird auch der Ausgang in Abscess bei demselben fast nie vorkommen.

Frei von jeder ihm fremden Einwirkung, d. h. durch äussere Reize nicht irritirt oder von einer anderen Diathese nicht beeinflusst, wird der syphilitische Bubo niemals eitern. Den besten Beweis für das Gesagte liefern die Impfungsexperimente. Nirgends ist etwas von der

Eiterung eines Bubo, der nach einem „Impfschanker“ entstanden ist, erwähnt. Und die klinischen Facten lehren, dass dieses Vorkommnis zwar möglich, aber eine Ausnahme von der Regel sei, so dass man sagen kann: Wenn eine Adenitis inguinalis den Ausgang in Eiterung nimmt, hat es in 97 unter 100 Fällen das Beste für die Zukunft des Kranken zu bedeuten, denn die Affection, von der er befallen ist, ist dann häufig keine syphilitische. Heisst es also in der Anamnese eines Kranken, derselbe habe vor so und so langer Zeit eine eiternde Adenitis gehabt, dann ist aus dieser Angabe nicht der Schluss zu ziehen, der Patient sei von Syphilis befallen gewesen; im Gegentheile die Wahrscheinlichkeit ist sehr gross, jenes Geschwür, welches die Veranlassung der angegebenen Leistendrüsenentzündung war, sei ein weicher Schanker gewesen.

Doch gibt es Fälle — es sei hier wiederholt — in denen auch der Bubo eines Syphilitischen eitert. Allerdings sind dies Ausnahmsfälle, aber sie kommen vor. Es kann ja Complicationen der syphilitischen Lymphdrüsenerkrankung geben, die zur Eiterung führen, in welche die intumescirte Drüse hineingezogen wird. Dann gibt es äussere Einflüsse: Märsche, Fatiguen, Tanz, reizende Verbände, unzeitgemässe Cauterisationen der den Bubo veranlassenden Geschwüre etc., welche Ursache der Eiterung auch einer syphilitisch erkrankten Drüse sein können. Ferner kann der Körper unter dem Einflusse einer Diathese stehen, welche die an und für sich syphilitisch erkrankte Drüse in eine strumöse umwandelt, wie es z. B. bei scrofulösen, lymphatischen Individuen der Fall ist. Dann gibt es Personen, bei denen jede Verletzung, jede Exsudation zur Eiterung führt, und wir wissen nicht, ob solche Individuen, wenn sie noch obendrein von Syphilis befallen werden, nicht noch mehr zur Eiterung — also auch des syphilitischen Bubo — disponirt werden. Und wenn er eitert, so bildet er einen Abscess, der sich öffnet (oder geöffnet wird), sich entleert und verhältnismässig rasch schliesst. Das ist eine sehr wichtige Eigenthümlichkeit des syphilitischen Bubo. Niemals eitert er nach Art anderer Bubonen, welche, nachdem der Eiter sich ansammelte und entleerte, zu einem grossen Geschwüre werden, sich grubig vertiefen, impfbares Secret liefern, endlich Hohlgänge bilden, mit der Tendenz lange zu bestehen und die Gewebe in weitem Umfange zu zerstören. Der syphilitische Bubo hingegen liefert einen Eiter, welcher an dem von der besprochenen Krankheit befallenem Individuum nicht einimpfbar ist (wie experimentell nachgewiesen

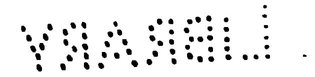
wurde). Ricord hat sogar behauptet, dass dieser Eiter nicht das Vehikel des Contagiums sei. Allein der Hauptbeweis für letzteren Ausspruch, Einimpfung dieses Secretes auf einen Gesunden, ist noch nicht hergestellt. Wiewohl a priori anzunehmen ist, dass dieser Eiter, geliefert von einer einfachen Entzündung, oder durch strumöse Entartung der Drüse, ein solcher sei, der jeder Specificität entbehre; hat doch der Umstand, dass er von einem Inficirten stammt, dass er, wenn auch nicht in Folge, so doch anlässlich eines „Schankers“ erzeugt wurde, das Experiment, welches eben jenen Beweis herstellen würde, als zu gefährlich erscheinen lassen.

§ 27. Der syphilitische Bubo hat ferner im Gegensatze zu dem Bubo des weichen Schankers, nach seiner Eröffnung, wie gesagt, nicht die Tendenz sich auszubreiten, Hohlgänge zu bilden oder gar in einen „Schanker“ sich umzuwandeln. Der schankröse Bubo wird nur neben dem weichen Schanker beobachtet und ist, wenn vorhanden, ein schwer wiegendes Symptom dieses letzteren. Er stellt dann ein schankröses Geschwür in inguine z. B. dar, ausgedehnt, grubig, klaffend, sich strahlenförmig in den Nachbarpartien ausbreitend, von ungünstigem, bedrohlichem Aussehen, bisweilen sogar phagedänisch. Niemals bemerkt man, dass der eröffnete syphilitische Bubo in einen Zustand überginge, auf welchen diese Schilderung passen würde. So hat jede von diesen zwei, einander so nahestehenden Erkrankungen: der weiche Schanker und der syphilitische Primäraffect, ihren eigenartig beschaffenen und verlaufenden und dadurch als diagnostisches Merkmal verwerthbaren Bubo.

§ 28. Es gibt beim syphilitischen Bubo, gleich wie beim „Schanker,“ Verschiedenheiten untergeordneter Art, welche auf dieselbe Weise, wie es oben von letzterem auseinandergesetzt wurde, entstehen und deren Besprechung nun an die Reihe kommt.

I. Verschiedenheiten der Grösse. Man findet syphilitische Bubonen, die ganz klein sind (besonders bei Weibern kommen solche vor) und im Gegensatze dazu gibt es wieder grosse, von Hühnereigrösse und darüber, auch noch grössere (aber da dürfte wohl die Complication mit Entzündung oder strumöse Entartung eine Rolle spielen). Es sei hier auch erwähnt, dass durchaus keine Wechselbeziehung zwischen der Grösse des „Schankers“ und jener des zugehörigen Bubo besteht.

II. Syphilitische Bubonen, bei denen die Eigenschaft der Indolenz fehlt und überhaupt inflammatorische Erscheinungen auf-



treten. Es ist nicht selten, und auch schon darauf hingewiesen worden, dass der syphilitische Bubo leicht schmerzhaft wird und den Charakter der einfachen Adenitis anzunehmen strebt, wenn er irritirenden Einflüssen ausgesetzt ist. Dergleichen sind ausser den oben aufgezählten (Märsche etc.) noch die Vulvitis, Urethritis, Intertrigo u. s. w. Aber dieser (entzündliche) Zustand ist meist unbedeutend und rasch vorübergehend, und schwindet in einigen Tagen unter ganz einfacher Behandlung (Ruhe, wiederholte Bäder, Cataplasmen, methodische Verbände, Hygiene, etc.) Ja noch mehr. Es kommt manchmal zur Eiterbildung, oft zu einer, durch Fluctuation in ziemlichem Umfange nachweisbaren, also copiösen Eiterbildung, und doch tritt kein spontaner Durchbruch ein, sondern das Liquidum resorbirt sich, und Alles kehrt wieder zur Norm zurück.

III. Sypilitische Bubonen, die nicht polyganglionär sind. Sie kommen nicht nur in drüsenarmen Gegenden vor, sondern auch in solchen, die reich an Lymphdrüsen sind, z. B. in inguine.

IV. Syphilitische Bubonen, bei denen die einzelnen einander benachbarten Drüsen nicht isolirt sind, sondern mit einander verschmelzen. Sie stellen dann einen einzigen, aber nicht einfachen, mehr oder weniger voluminösen Tumor vor, in der Leiste z. B. eine auffällig vorspringende, kugelige, eiförmige Geschwulst, deren grosse Achse dem Schenkelbuge parallel ist. Bassereau hat mehrere derselben anatomisch untersucht und gefunden, dass sie aus einzelnen Drüsen bestehen, welche in ein dickes Bindegewebslager eingebettet sind, die untereinander durch verdickte Lymphgefässe zusammenhängen.

V. Syphilitische Bubonen, die strumös entartet sind. Sie finden sich vorzugsweise bei ausgesprochener Scrofulose, aber auch bei jungen Weibern von zarter, schwächlicher Constitution, welche Neigung zur Scrofulose haben. Die einzelnen Drüsen, welche ursprünglich mit den Charakteren des syphilitischen Bubo auftreten, nehmen in solchen Fällen an Umfang zu, verschmelzen in eine Masse unter einander und mit dem benachbarten Bindegewebe und schliesslich auch mit der über ihnen gelagerten Haut, welche unbeweglich wird; die specifische Härte geht verloren und an ihre Stelle ist ein unbestimmter Zustand der Cohärenz getreten; später werden sie dann schlaff, schwammig, erweichen sich und eitern und verhalten sich ganz so, wie scrofulös entartete Drüsen. Man nennt sie auch deshalb syphilo-strumöse Bubonen, weil sie in der That der Syphilis ihre Entstehung, der Scrofulose Verlauf und Ausgang verdanken. Sie enden, wie gesagt, meist mit kalter,

chronischer Eiterung, die zu Fistelgängen führt, welche eine unerschöpfliche Quelle von Secret sind.

§ 29. Ausser den dem „Schanker“ benachbarten Lymphdrüsen erkranken auch die Lymphgefässe, welche von jenem zu diesen führen. Allein die Erkrankungen derselben sind nicht so constant nachweisbar, wie jene der Drüsen.

In der Geschlechtsgegend fühlt man zuweilen die geschwellten und indurirten Lymphgefässe. Sie zeigen sich unter der Haut als kleine strickähnliche Gebilde vom Umfange einer Rabenfeder, sind beweglich, unter dem Finger verschiebbar und so hart, wie die Induration eines „Schankers,“ manchmal knotig und stellenweise rosenkranzförmig. Bisweilen findet man im Leistenbuge ganze Netze von solchen erkrankten Lymphsträngen. Mitunter vereinigen sich mehrere von diesen Strängen zu einem abgeplatteten 2—4 Millimeter breiten Bande. Sie sind nur bei genauer Betastung eruirbar und selten so dick, dass sie die Haut über sich hervorwölben. Solche Hervorwölbungen bemerkt man zuweilen am mons veneris als erbsengrosse, bohnengrosse, äusserst harte Knoten, die in Folge ihrer Härte selbst in der dichten Fettschicht jener Gegend nachweisbar sind

Die symptomatischen Lymphangioitides des inficirenden „Schankers“ sind ebenso wie die Bubonen desselben absolut unschmerzhaft und verlaufen auch meist ohne vom Kranken bemerkt zu werden. Sie haben keine Tendenz sich zu entzünden, resorbiren sich spontan nach einigen Wochen und geben nie Veranlassung zu irgend einer Complication, mit der seltenen Ausnahme, dass sie bisweilen ein mehr oder weniger hochgradiges Oedem der grossen oder kleinen Schamlippen, des Präputiums veranlassen.

§ 30. Aus dem bisher Gesagten erhellt somit, dass alle pathologischen Veränderungen, welche in der Nachbarschaft und anlässlich des „Schankers“ im lymphatischen Systeme auftreten, durch die Milde ihres Verlaufes und die Geneigtheit zur spontanen Resorption ausgezeichnet sind, was natürlich von Einfluss auf die Therapie der erwähnten Erkrankungen ist.

In dieser letzteren Beziehung muss auch hier bemerkt werden, dass ein exspectatives Verfahren verbunden mit zweckmässiger Hygiene, fast immer zum Ziele führt. In 19 von 20 Fällen bedarf es gar nicht der Intervention des Arztes, denn, wie bereits gesagt, der syphilitische Bubo veranlasst keine Functionsstörung, hat keine Tendenz sich zu

entzünden oder sich zu compliciren, und resorbirt sich endlich von selbst innerhalb einer gewissen Zeit.

In der weit überwiegenden Mehrzahl der Fälle hat man demgemäss folgende Verhaltungsmassregeln zu beobachten: Man vermeide jede örtliche Therapie, man empfehle einfach dem Kranken sich keinen Beschwerden zu unterziehen, forcirte Märsche und Tänze, sowie jede Irritation, welche auf die Drüsenanschwellung einen Einfluss üben könnte, zu vermeiden. Auch darauf ist schon hingewiesen worden, dass bei einer leichten Geneigtheit des syphilitischen Bubo, sich zu entzünden, hygienische Massregeln: Ruhe, wiederholte Bäder, erweichende Cataplasmen am Platze sind. Nur wenn die Entzündung intensiver ist (was aber nur sehr selten vorkommt), muss man zu wirksameren, antiphlogistischen Mitteln greifen und eine Behandlung wie bei der acuten Adenitis insceniren.

Wenn der syphilitische Bubo aber trotzdem sich erweicht und, was noch seltener ist, eitert, soll er wie ein Abscess geöffnet und entleert werden. Doch sei man mit diesem Eingriffe nicht zu rasch bei der Hand, denn wie schon hervorgehoben, kommt es auch in solchen Fällen zu spontaner Resorption, besonders wenn der Eiterherd klein ist. Fournier meint, dass ein Vesicator über dem Tumor die Resorption zuweilen begünstige.

Endlich wird die Umwandlung des syphilitischen Bubo in einen syphilo-strumösen therapeutische Massnahmen gegen die Scrofulose erheischen. Sie bestehen in der Anwendung von Jodmitteln, Leberthran, Eisenmitteln, Tonicis, Amaris, Salz- oder Schwefelbädern, Seebädern, kräftiger Nahrung, Aufenthalt auf dem Lande oder in einem klimatischen Curorte, etc.

§ 31. Vergleicht man das Auftreten und die Entwicklung des syphilitischen Bubo beim Manne mit jenem beim Weibe, so ergibt sich: 1. dass er bei letzterem öfter weniger deutlich ist, als bei ersterem und daher öfter unbemerkt bleibt. Es mag das wohl zunächst in der stärkeren Entwicklung des paniculus adiposus beim Weibe begründet sein; 2. kommt es beim Weibe selten zur Bildung so umfänglicher Tumoren, wie wir sie doch häufiger beim Manne sehen. Worin das liegt, ist unbekannt. (Vielleicht darin, dass, da diese Angaben meistens auf Leistendrüsenerkrankungen zurückzuführen sind, das männliche Geschlecht im Allgemeinen zu forcirterer Anstrengung der unteren Extremitäten veranlasst ist, welche nicht ohne Einfluss auf die Entwicklung auch des syphilitischen

Bubo bleibt.) 3. Ebenso soll (nach Fournier) die Resorption bei Weibern früher eintreten, als bei Männern. Der Grund hievon ist gleichfalls nicht bekannt, aber es ist interessant auf die Wahrnehmung hinzuweisen. dass die schankröse Induration bei Weibern gleichfalls früher schwindet, als bei Männern.

§ 32. So geringfügig auch der Einfluss des syphilitischen Bubo auf den Zustand des Kranken überhaupt ist, so war doch die genaue Betrachtung desselben dringend nothwendig, weil für die Erkenntnis dieses Zustandes kein anderes Symptom, auch den „Schanker" (besonders bei Weibern) nicht ausgenommen, diese hohe semiologische Bedeutung besitzt. Denn wie aus dem früher Gesagten hervorgeht, ist:

1. Der „Schanker" namentlich bei Weibern häufig nur sehr schwach ausgeprägt, um ein Urtheil zu gestatten. Der syphilitische Bubo aber ist, wenn auch noch so schwach ausgeprägt, doch immer, und zwar bei beiden Geschlechtern greifbar vorhanden; auf ihn muss sich dann die Diagnose stützen und Fälle, die nach der Beschaffenheit des Geschwüres dunkel blieben, werden durch ihn aufgeklärt.

2. Der „Schanker" schwindet rasch, ohne Spuren zu hinterlassen, besonders beim Weibe. Der syphilitische Bubo ist länger dauernd, überdauert den Primäraffect und gibt hinterher Kunde, dass und wo ein Initialsymptom der Diathese vorhanden war. Er ermöglicht somit Diagnosen, welche ohne ihn nie gemacht werden würden; durch ihn wird das Urtheil des Arztes in den einschlägigen Fällen von den Angaben des Kranken unabhängig, es wird ein sicheres, ein wahres, ohne Rücksicht auf diese Mittheilungen, und oft trotz derselben.

3. Endlich geht der „Schanker", besonders beim Weibe, auch für den Arzt zuweilen unbemerkt oder verkannt — selbst wenn dieser Gelegenheit hat, den ganzen Verlauf der Krankheit vom Beginne an zu beobachten — vorüber. Beim syphilitischen Bubo ist das doch nicht so leicht der Fall. An ihn kann sich deshalb der Arzt halten, um eine stattgefundene Infection auch in solchen Fällen mit Bestimmtheit nachzuweisen, die wegen des Ansteckungsmodus dunkel und ungewöhnlich sind. Beispiele liefern die „Schanker" der Finger bei Hebammen etc., die „Schanker" an der Mamma, welche vom syphilitischen Bubo in der Achselhöhle begleitet sind, der „Schanker" im Gesichte, welcher die Submaxillardrüsenerkrankung bedingt, u. s. w. Häufig werden die Initialsymptome der Syphilis von den Kranken nicht erkannt, oder aus guten Gründen wegen des ungewöhnlichen Sitzes, der auf gesetzwidrige

Handlungen hindeuten würde, dissimulirt; aber wie gesagt, der syphilitische Bubo macht in solchen Fällen das Urtheil des Arztes von den Angaben des Kranken unabhängig. Mit einem Worte, der syphilitische Bubo bestätigt entweder die Diagnose, welche auf Grund eines anderen Symptomes gemacht wurde, oder er macht sie auch ganz allein, ohne jedes andere Symptom, den „Schanker" nicht ausgenommen, möglich. Während der letztere nicht selten nur anzeigt, dass eine Contagion stattgefunden hat, lehrt der Bubo sofort, welcher Art diese Contagion war.

III. CAPITEL.

Differentialdiagnose des „Schankers".

§ 33. Es handelt sich nun darum, die Differentialdiagnose des „Schankers" zu erörtern.

In den ersten Tagen kann der „Schanker", wie das bereits wiederholt gesagt wurde, mit einer bedeutungslosen Erosion verwechselt werden. Er hat da kein charakteristisches Kennzeichen, wodurch er von einer ganz gewöhnlichen Verletzung, von einem Kratzeffecte, von einer Aufschürfung, von einem geringfügigen Trauma, von einer sehr beschränkten Abschuppung, die durch Zufall oder durch Entzündung veranlasst worden wäre, oder Aehnlichem unterschieden werden kann. Es ist nicht möglich, in dieser Zeit eine Diagnose zu machen. Man muss deshalb warten bis andere Symptome auftreten, welche dies ermöglichen. Später aber können einzelne Symptome des „Schankers" fehlen; andererseits können gewisse Krankheitsformen dem syphilitischen Primäraffecte ähnlich und durch diese beiden Umstände die Diagnose desselben erschwert werden. Es ist unnöthig, die Wichtigkeit, welche eine richtige Diagnose schon wegen der Zukunft des Kranken und einer später einzuleitenden Therapie hat, zu erörtern.

Die erosive oder exulcerirende Form des „Schankers" kann mit einer einfachen, traumatischen oder inflammatorischen Erosion — oder auch mit einem Herpes verwechselt werden.

Die Verwechslung mit einer unschuldigen Excoriation kommt sehr häufig vor, und die Aehnlichkeit zwischen dieser und einem in den ersten Stadien der Entwicklung stehenden „Schanker" ist sehr gross und gibt deshalb zu vielen Täuschungen Veranlassung. Um diesem

auszuweichen, muss man der Induration und Adenopathie sein Hauptaugenmerk zuwenden. Die erstere wird bei keiner einfachen Erosion gefunden und ist sie vorhanden (und natürlich je deutlicher, um so sicherer) wird die Diagnose auf „Schanker“ lauten müssen. Die Adenopathie muss sich in der 1. oder 2. Woche des Bestehens des Primäraffectes vorfinden. Man muss sich deshalb immer bei der Feststellung der Diagnose eines Affectes von der Art des in Rede stehenden darum kümmern, wie alt derselbe sei, und nur wenn man mit Bestimmtheit weiss, dass er die 2. Woche überschritten hat und ein syphilitischer Bubo in inguine nicht vorhanden ist, kann man bei gleichzeitigem Fehlen der Induration behaupten, keinen syphilitischen Initialaffect vor sich zu haben.

Dabei ist aber in praxi noch auf ein sehr wichtiges Moment zu achten: ob nicht der vorliegende Substanzverlust schon Gegenstand einer Behandlung war (was in der Regel schon der Fall gewesen sein wird). Denn die unschuldigsten Erosionen bekommen eine harte Basis durch Alaun, Tanin, Alcohol, Cauterisationen mit Nitras argenti, salpetersaures Quecksilberoxydul, Tabakasche etc. und täuschen dann mit Indurationen behaftete Geschwüre vor. Man erinnere sich nur an jene Indurationen, welche nach Cauterisation der spitzen Warzen mit salpetersaurem Quecksilberoxydul zurückbleiben. Nimmt man auf das Gesagte keine Rücksicht, so verfällt man leicht in den Fehler, eine artificielle Induration für eine syphilitische zu halten.

Wenn aber die Induration eines mit den angegebenen Mitteln behandelten Affectes durch lange Zeit bestehen bleibt, wenn sie trotz einer antiphlogistischen Behandlung nach mehreren Tagen auch nicht schwindet, so hat man es doch mit einem inficirenden „Schanker“ zu thun.

§ 34. Die zweite Krankheitsform, mit welcher der erosive „Schanker“ verwechselt werden kann, ist der Herpes.

Selten wird man einen Herpes für einen „Schanker“ ansehen, aber das Umgekehrte geschieht oft. Das kommt einerseits daher, dass der Herpes in der weit überwiegenden Anzahl der Fälle eine Erkrankung von unbedeutendem Exterieur ist, man also alle jene Affecte, welche ein solches unbedeutendes Exterieur haben, auch wenn sie „Schanker“ wären, für Herpes zu nehmen, geneigt ist; während man andererseits der Ansicht ist, ein syphilitischer Initialaffect müsse schon durch eine gewisse bedeutungsvolle Form seine Wichtigkeit bekunden, man also glaubt, bei einem Affecte, dem eine solche Form fehlt, nicht a priori an „Schanker“ denken zu müssen.

... welche zum Theile eigentlich
... selben Erkrankung sind. So gibt es
... mit miliären Erosionen, welche
... entstehen, einen confluirenden
... anfängliche Substanzverluste darstellt;
... den Herpes, welcher unter die
... einen langdauernden Herpes,
... der vollständigen Entwicklung bedarf:
... ziemlich ausgedehnten Substanz-
... endlich einen schankerförmigen
... und dem eigentlichen „Schanker" nach
... Unterschied besteht, der bei einer ein-
... constatirt werden könnte, sondern es bedarf
... einer wiederholten Untersuchung. Alle diese
... vesiculösen und des miliäre Erosionen dar-
... mit dem „Schanker" verwechselt werden.

... Unterschiede zwischen dem Herpes und

... dass die Erosionen des Herpes gewöhnlich kleiner
... des Zusammengeflossenseins mehrerer kleiner
... grossen erkennen lassen, oberflächlicher sind
... aber das sind keine constanten Unterschiede.
... verdient schon, dass die Kranken ein
... dem Ausbruche oder gleich nach demselben
... des Herpes, ein eigenthümliches Brennen
... während beim Schanker" nichts dergleichen wahrgenommen
... subjectives Symptom und als solches nicht
verlässlich ... aber drei für die Differentialdiagnose wich-
tigere objective Symptome

1. Die ... der dem Sitze des Affectes anatomisch
zugehörigen ... Beim Herpes findet sich gar keine Ver-
änderung an ... oder höchstens ein leichter subinflammatorischer
Zustand ... dagegen werden die bekannten, bereits
ausführlich ... Erkrankungen dieser Organe beobachtet.

2. Die ... der Basis des Affectes. Der
Herpes hat ... Basis oder besitzt daselbst eine leichte, ent-

zündliche Resistenz für den tastenden Finger und nicht jene trockene, entschiedene Härte der Induration.

3. Die Configuration der Grenzen des Affectes, ein zwar minutiöses, aber deutlich ausgeprägtes und darum in der Praxis sehr verwerthbares Symptom. Die Grenzen des „Schankers" stellen einen Kreis vor oder ein Oval, oder irgend eine unregelmässige Figur. Die Grenzen des Herpes stellen eine aus mehreren einzelnen Kreissegmenten zusammengesetzte Umrandung dar, entsprechend dem Zusammengeflossensein mehrerer kleiner kreisförmiger Substanzverluste zu einem grösseren.

Bringen alle diese Symptome nicht Licht genug in die Sache, so entscheidet in letzter Instanz der weitere Verlauf durch relativ rasche Rückbildung für den Herpes, durch Entwicklung von Zeichen der Allgemeininfection neben relativ längerem Bestehen des Affectes für den „Schanker," wenn nicht die Zweifel schon früher durch das Auftreten der für das syphilitische Initialsymptom charakteristischen Bubonen gelöst sind.

Weniger Gewicht als auf alle bisher angeführten Unterschiede ist auf die Angaben, selbst auf die durch ärztliche Beobachtung bestätigten Angaben des Kranken, dass er seit jeher an Herpes leide, zu legen. Denn es ist nicht einzusehen, warum ein zu Herpes disponirtes Individuum gegen „Schanker" immun sein sollte.

Auch das ist für die Diagnose irrelevant, wenn im Umfange des bezüglich der Diagnose zweifelhaften Affectes sich Herpesbläschen finden. Es können ja Syphilis und Herpes gleichzeitig an einem Kranken, und zwar in grosser Nähe neben einander sich entwickeln und der Herpes überdies durch eine Allgemeinerkrankung oder durch ein Localleiden bedingt auftreten, wie z. B. der Herpes fieberhafter Zustände oder der Herpes, welcher beim Tripper am Penis, und zwar bei manchen Patienten bei jedesmaliger Erkrankung an Gonorrhöe mit einer gewissen Regelmässigkeit vorzukommen pflegt. An Weibern sieht man bei Vaginitis, Vulvitis, Urethritis, zur Zeit der Menstruation und Schwangerschaft häufig Herpes an den Genitalien, wie bereits früher erwähnt worden ist, und der „Schanker" sollte der Fähigkeit entbehren, zur Herpesbildung Veranlassung zu geben? Dieser Umstand, welcher der gleichzeitigen Existenz des syphilitischen Primäraffectes neben, ja sogar knapp neben dem Herpes günstig ist, erschwert die Differentialdiagnose und ist bei Stellung derselben wohl ins Auge zu fassen. Wegen

dieser Schwierigkeit folgt hier eine Synopsis der Differentialdiagnose zwischen syphilitischem „Schanker“ und Herpes.

Herpes	„Schanker“
Constante Unterschiede:	
Keine Drüsenerkrankung.	Drüsenerkrankung.
Weiche Basis.	Induration.
Aus einzelnen Kreissegmenten bestehende Umrandung.	Umrandung, welche jene Zusammensetzung aus Kreissegmenten nie zeigt.
Unterschiede der weiteren Entwicklung:	
Rasche Entwicklung des Höhestadiums. Rasche Vernarbung.	Weniger rasche Entwicklung des Höhestadiums. (Im Allgemeinen) relativ langsame Vernarbung.
Nicht constante Unterschiede:	
Pruriginöse Erkrankung, (Gefühl von Hitze und Brennen.)	Absolut indolente Erkrankung.
Vielfache Substanzverluste.	Gewöhnlich nur ein Substanzverlust oder wenn mehrere, nie so zahlreiche, wie beim Herpes.
Meist sehr kleine, oft miliäre Substanzverluste.	Meist Substanzverluste von grösserem Umfange.
Meist oberflächliche Erosionen.	Meist mehr in die Tiefe dringende Erosionen.

Bei der Differentialdiagnose für beide Erkrankungen gleich zu berücksichtigender Umstand:

Möglichkeit des gleichzeitigen Vorhandenseins beider Erkrankungen.

§ 35. Mit dem erosiven „Schanker“ wird bei Weibern auch zuweilen die erosive Vulvitis verwechselt. Es ist wahr, man sollte nach den gewöhnlichen Erscheinungen dieser Vulvitis glauben, dass eine Verwechslung kaum möglich sei. Man findet bei dieser Erkrankung zahlreiche und oberflächliche Substanzverluste, stellenweise nur epidermidale und epitheliale Abschuppungen, ausserdem, deutlich ausgeprägt,

allgemeine Röthe der ergriffenen Theile, ödematöse Anschwellung der Labien, reichliche Secretion von blennorrhagischer Beschaffenheit, Schmerzhaftigkeit der betreffenden Gegend. Und diese Erscheinungen sind über das erkrankte Organ in grösserem Umfange ausgebreitet, während jene Vulvitis, welche der „Schanker" veranlasst, die somit symptomatisch oder secundär, gleichzeitig mit ihm und neben ihm bestehen kann, nur eine partielle und umschriebene ist.

Indess gibt es doch Fälle, in denen auch jene primäre, essentielle Vulvitis mit „Schanker" verwechselt werden kann, wenn sich bei ihr zufällig, statt der ausgedehnten, confluirenden und oberflächlichen Substanzverluste, umschriebene, isolirte und in die Tiefe reichende finden. Da kann sich auch ein geübtes Auge täuschen, und weil dergleichen Fälle besonders in medico-legaler Beziehung wichtig sind, erheischen sie genaue Vorsicht und Kenntnis der Möglichkeit dieser Verwechslungen.

Man muss sich deshalb, wenn es sich um eine medico-legale Entscheidung handelt, immer vor Augen halten, dass es einfache Substanzverluste gibt, welche einen „Schanker" vortäuschen können. Man darf aus diesem Grunde nie wegen des Aussehens eines Substanzverlustes allein, vor Gericht, die Diagnose auf „Schanker" stellen. Dies ist nur dann erlaubt, wenn **alle** Symptome für eine solche Diagnose sprechen **und** wenn zu einer gewissen Zeit, nach dem Entstehen des fraglichen Substanzverlustes die vielfach erwähnten und später zu erörternden Folgezustände des syphilitischen Initialaffectes eintreten.

§ 36. Ist der „Schanker" ulcerös geworden, oder stellt er auch nur einen exulcerirenden Substanzverlust vor, so kann er mit einem weichen Schanker verwechselt werden und die Differentialdiagnose zwischen diesen beiden ist die practisch wichtigste, weil am häufigsten zu stellende, aber auch eine in vielen Fällen äusserst schwierige.

Der Arzt und der Kranke sind beide in solchen Fällen mehr als sonst in gleich hohem Grade interessirt, möglichst bald das Richtige zu wissen. Denn ein Kranker, der einen weichen Schanker hat, ist mit einem Leiden behaftet, welches, einmal geheilt, keine Folgen für die fernere Zukunft hat. Es könnte höchstens ein posthumer Bubo als Folgeübel sich entwickeln, und ist auch der Verlauf dieses in einer oder der anderen Weise zu Ende, so ist die Sache ein- für allemal abgethan. Nicht so ist es beim syphilitischen „Schanker". Wer diesen erwirbt, hat zugleich eine Diathese erworben, eine Diathese, deren Manifestationen lange dauern. Ein solcher Kranker muss dann sich einer entsprechenden, ernsten Be-

handlung unterziehen. — Kurz es kommen da Umstände in Betracht, über welche gegebenen Falls aufgeklärt zu sein, gewiss ein billiger Wunsch ist, der zwar in der grossen Mehrzahl der Fälle, aber doch nicht immer bei der ersten Untersuchung des Geschwüres erfüllt werden kann.

Die Differentialdiagnose stützt sich klinisch auf fünf Punkte. Diese sind:

1. Die Anzahl der vorfindlichen Substanzverluste. Während der „Schanker" gewöhnlich nur in einem, selten in mehreren und nur ausnahmsweise in vielen Exemplaren vorhanden ist, sieht man den weichen Schanker gewöhnlich in ziemlich vielen Exemplaren gleichzeitig an einem Individuum, so dass nicht selten durch diesen Umstand allein die Diagnose gemacht werden kann.

2. Der eigenthümliche Habitus des Geschwüres wird beim weichen Schanker durch folgende Details bedingt: Derselbe ist ein wahrhaftes Geschwür, grubig und ausgehöhlt, ein Substanzverlust in den Geweben, als ob er von einem Locheisen ausgestemmt wäre. Die Ränder sind scharf, steil, oft unterminirt. Der Grund ist uneben, wie angenagt. Die Farbe lebhaft gelb. Die Secretion reichlich und ihr Product Eiter. Von allem dem bemerkt man beim syphilitischen Primäraffecte nichts. Er ist, wie bereits gesagt, weit häufiger eine Erosion als ein Geschwür und selbst, wenn er ein solches darstellt, ist dieses weniger grubig als beim weichen Schanker. Ränder besitzt er fast gar nicht, nur einen schwachen Saum. Der Grund ist glatt, wie polirt, irisirend. Die Farbe ist grau oder rothbraun, jedenfalls dunkler als in der Regel beim weichen Schanker, und die Secretion ist geringfügig und nur ausnahmsweise nicht serosaniös. Wer gerade kein Anfänger ist, wird den durch diese Details bedingten Gesammthabitus und somit die Art des Geschwüres bald erkennen und auch der Anfänger wird dies bald lernen.

3. Die Beschaffenheit der Basis. Dieselbe bleibt beim weichen Schanker weich und nachgiebig, wie bei einem jeden anderen Geschwüre. Doch sind immerhin die Fälle nicht selten, dass die Gewebe, welche den weichen Schanker umgeben, oder denen er aufsitzt, sich verdichten oder aus irgend einem Grunde anschwellen und dem tastenden Finger eine gewisse Resistenz bieten; aber es ist eben keine andere Resistenz, als wir sie auch sonst in anderen Fällen, in denen die entzündliche Anschwellung zur Verhärtung der Gewebe führt, wahrnehmen. Es ist eine gewisse pastöse, ödematöse Härte, wie sie z. B. der Furunkel besitzt. Sie ist nicht umschrieben, hört nicht jählings auf,

sondern verliert sich allmählig in das benachbarte gesunde Gewebe, ist diffus und nicht auf die Circumferenz des Geschwüres beschränkt. Von allem dem bietet die Induration des syphilitischen „Schankers" das Gegentheil und um Wiederholungen zu vermeiden, wird auf das Diesbezügliche, an früherer Stelle Gesagte hingewiesen.

4. Die Beschaffenheit der anatomisch dem Sitze des Geschwüres zugehörigen Lymphdrüsen bietet ein noch weit besseres Unterscheidungsmerkmal, als die in den vorhergehenden drei Punkten erörterten. Wie diese Organe sich beim „Schanker" verhalten, wurde bereits auseinandergesetzt. Beim weichen Schanker sind die betreffenden Lymphdrüsen entweder normal, oder es entwickelt sich an ihrer Stelle ein acuter Bubo mit oft heftigen Entzündungserscheinungen, welcher meist nur eine Drüse betrifft und Tendenz zur Eiterung hat. Nach der Eröffnung des durch diesen Verlauf entstandenen Abscesses umwandelt sich der Bubo gerne in einen Drüsenschanker (Ricord). Dieser Unterschied in der Erkrankung der Leistendrüsen ist so marcant, dass er allein oft die richtige Diagnose des Affectes ermöglicht, ohne dass man gar das zugehörige Geschwür untersucht; um so mehr Werth hat er, neben den anderen Symptomen, für die Differentialdiagnose. Endlich existirt

5. Die Impfung als experimentales Criterium, um alle Zweifel, die etwa nach Würdigung der vorausgehenden Symptome noch beständen, zu zerstreuen. Handelt es sich um einen weichen Schanker, so wird die Impfung mit dem Secrete desselben, an dem erkrankten Individuum vorgenommen, eine specifische Pustel schon nach 24, 48 Stunden, selten später liefern, zerstört man diese Pustel, so findet man unter derselben einen sehr kleinen, aber deutlich ausgeprägten weichen Schanker. Die Impfung dagegen mit dem Secrete des syphilitischen Primäraffectes an dem Träger desselben liefert ein negatives Resultat.

Die Ergebnisse der Impfung sind so unzweideutig, so sicher, dass man zur Benützung dieses Criteriums für die Differentialdiagnose sehr verlockt wird. Allein den Kranken missfällt sie und sie geben sich nicht immer bereitwillig zur Impfung her. Sie ist gewöhnlich nicht mit Gefahr verbunden, birgt aber doch manche durch nicht vorherzusehende Nebenumstände veranlasste Unzukömmlichkeit. Es wird ja durch sie ein neuer, weicher Schanker zu dem bereits bestehenden hinzugefügt. Dieser (neue) kann sich über Gebühr, trotz der angewendeten Gegen-

mittel, ausbreiten, entzünden, Lymphangioitis und Bubonen veranlassen, einen Rothlauf im Gefolge haben, etc. Er kann auch phagedänisch werden. Nun sind allerdings diese Zufälle selten, so selten, dass sie meist nicht berücksichtigt werden; aber möglich sind sie doch, und es sind dergleichen unangenehme Fälle, in welchen sie sich ereigneten, in der Literatur verzeichnet. Auch muss man sich vor Augen halten, dass der Arzt vis-à-vis dem Kranken für einen solchen Schanker eine erhöhte Verantwortlichkeit besitzt. Aus allem dem folgt: man vollziehe die Impfung nur bei vollkommen bedingungsloser, aus freier Entschliessung des Kranken hervorgegangener Einwilligung desselben und nur wenn es sich um sein Interesse handelt. Das Resultat der vollzogenen Impfung muss mit der grössten Sorgfalt überwacht werden. Am 2., 3., höchstens 4. Tage weiss man ohnehin, was man durch die Inoculation zu erfahren braucht, und dann muss sofort eine gründliche Zerstörung der Ergebnisse derselben mit dem Causticum stattfinden.

Die Berücksichtigung der Incubation und die Confrontation, d. i. die Untersuchung der Infectionsquelle, liefern gleichfalls mitunter Behelfe für die Differentialdiagnose zwischen weichem Schanker und syphilitischem Primäraffect, weshalb diese beiden Momente in Folgendem erörtert werden sollen.

Was zunächst die Incubation anlangt, so ist bereits ausgeführt worden, dass der „Schanker“ eine, und zwar ziemlich lange Incubation hat, der weiche Schanker dagegen folgt fast unmittelbar der Ansteckung. Man wird also auf das anamnestische Moment, wann der inficirende Coitus stattgefunden hat, behufs der Diagnose Rücksicht nehmen müssen. Hat er vor kurzem, längstens vor einer Woche sich ereignet, so kann man auf einen weichen Schanker schliessen; ist der Zeitraum ein längerer, dann hat man es mit dem Initialaffecte der Syphilis zu thun. Unglücklicherweise kann man in der Praxis von diesem Behelfe keinen ausgedehnten Gebrauch machen, denn meist haben die Kranken kurz vor dem Ausbruche eines Schankers, innerhalb weniger Tage wiederholt mit mehreren Individuen geschlechtlichen Umgang gepflogen, so dass nicht mehr zu eruiren ist, welcher Coitus der zu inculpirende war.

Das zweite Moment, die Confrontation, ist schon besser für die Diagnose zu verwerthen, leidet aber an einem ähnlichen Uebelstande wie das erste.

Damit es nämlich verlässlich sei, darf der Kranke nur mit einem einzigen Weibe während einer gewissen Zeit den

Coitus gepflogen haben, oder man muss alle diejenigen Weiber, mit denen er während dieser Zeit Umgang gehabt hat, untersuchen können, was in der Praxis in den meisten Fällen sehr schwer ausführbar sein wird. Ist dies aber ausführbar, dann gibt die Confrontation äusserst werthvolle, ja, man kann sagen, unwiderlegliche Aufschlüsse. Denn ein syphilitischer Primäraffect stammt nur von einem Syphilitischen, und ein weicher Schanker nur von einem mit weichem Schanker Behafteten. Das haben zahllose Confrontationen als ein Axiom hinstellen lassen. In gewissen Fällen, z. B. wenn Ammen durch ihre Säuglinge angesteckt wurden, ist die Confrontation ein nicht zu umgehendes, äusserst schätzbares Moment.

Es folgt nun eine Synopsis der zwischen dem „Schanker" als syphilitischem Initialsymptome und dem weichen oder einfachen Schanker bestehenden Unterschiede, welche für die Differentialdiagnose wichtig sind:

Der weiche Schanker.	Der syphilitische Initialaffect.
I. Anzahl der Geschwüre.	
Fast immer mehrere.	Oft nur eines, selten mehrere.
II. Gesammthabitus der Geschwüre.	
1) Grubiges, ausgehöhltes Geschwür.	1) Flaches, oft erhabenes und papulöses, selten ulceröses Geschwür.
2) Steile, unterminirte Ränder.	2) Kein eigentlicher Rand, nur ein schwacher Saum.
3) Unebener, wie angenagter Grund.	3) Glatter, glänzender, irisirender, wie lackirter Grund,
4) Gelbe, lebhafte Farbe.	4) Graue oder rothe, dunkle Farbe.
5) Reichliche Eitersecretion.	5) Geringfügige, mehr sero-saniöse, als eitrige Secretion.
III. Beschaffenheit der Basis.	
Weiche Basis oder Entzündungshärte an derselben.	In verschiedenem Grade harte Basis.
IV. Beschaffenheit der Ganglien.	
Kein Bubo oder ein solcher mit Entzündungserscheinungen, oft ein schancröser.	Constant ein indolenter nicht entzündeter Bubo, oft ein polyganglionärer.

V. Experimentales Criterium.

Dem Kranken einimpfbarer Eiter.	Dem Kranken nicht einimpfbarer Eiter.

Wenn die genaue Erwägung aller dieser Umstände nicht zum Ziele führt, dann bleibt als ultimum refugium der fernere Verlauf, welcher nach dem „Schanker" die weitere Entwicklung der Syphilis bringt, während nach dem weichen Schanker begreiflicherweise das Gegentheil stattfindet. Es ist schon darauf hingewiesen worden, dass jenes Abwarten des späteren Verlaufes, wenn es sich um gewichtige medicinische Entscheidungen handelt, geradezu geboten ist. Das ist nicht selten der Fall bei Ansteckung von Säuglingen durch ihre Ammen, von Ammen durch ihre Pfleglinge, bei Klagen wegen erfolgter Ansteckung, anlässlich von Nothzucht und Schändung, etc. Bei Nichtbeachtung des weiteren Verlaufes jener Affectionen, welche den aufgezählten Umständen ihren Ursprung verdanken, ist man vielen Täuschungen ausgesetzt. Bald erkennt man den „Schanker" nicht, der wirklich vorhanden ist, dann glaubt man wieder einen syphilitischen Initialaffect zu sehen, wo keiner vorhanden war, sondern was man dafür hielt, war ein weicher Schanker, ein Herpes, eine entzündliche Erosion, ein Trauma, eine Fissur, die indurirte Fistelöffnung eines vulvären, perivulvären, perianalen Abscesses u. dgl., ein ulcerirtes Epitheliom, ein tuberculoses Geschwür des Mundes, irgend ein Symptom der Scrofulose, oder eine gewöhnliche Ulceration, etc., etc.

Es sei hier deshalb nochmals erwähnt:

1. Die Diagnose „Schanker," lediglich auf Anschauung des Geschwüres gestützt, kann, selbst vom Erfahrensten gemacht, eine Täuschung involviren.

2. Die gerichtlich-medicinische Diagnose auf „Schanker," kann und darf nur auf Grund der Ergebnisse einerseits der Untersuchung des Geschwüres, andererseits der Beobachtung des weiteren Verlaufes gemacht werden.

Es gibt aber noch eine Schwierigkeit in Bezug auf die Differentialdiagnose zu erwähnen, und das ist, wie beim Herpes, das gleichzeitige Vorkommen vom weichen Schanker und syphilitischen Primäraffect. Dieser letztere (der „Schanker") wird meist auf demselben Wege, oft gleichzeitig mit anderen venerischen Erkrankungen erworben, warum sollte der weiche Schanker — auch eine venerische

Erkrankung — eine Ausnahme machen? Warum sollten, in Folge dessen, syphilitischer Primäraffect und weicher Schanker nicht gleichzeitig neben einander, sogar aufeinander gepfropft vorkommen können? Ja dieses Vorkommnis bietet nichts Auffälliges. Denn warum sollte ein weicher Schanker, der doch wie eine offene Wunde sich verhält, nicht eine klaffende Eingangspforte für den Träger des syphilitischen Giftes sein?

Dass dieses Nebeneinander bei Weibern öfter zu sehen ist, als bei Männern, rührt wohl daher, dass Weiber, besonders öffentliche, sich in viel kürzerer Zeit diversen Contagien durch den Coitus mit verschiedenen Männern nacheinander häufiger aussetzen als Männer.

Unterstützt wird die obige Behauptung noch durch den Umstand, dass nicht blos der weiche Schanker neben dem syphilitischen Primäraffect vorkommt, sondern man findet, wie gesagt, neben demselben oft mehrerlei, meist venerische Erkrankungen, z. B. Urethritis blennorrhagica, Vaginitis, verschiedenartige Erkrankungen der Vaginalportion, Herpes, spitze Warzen, von Krätze und Filzläusen zu schweigen.

Man wird also behufs Feststellung der Diagnose den Kranken sehr genau examiniren und dabei untersuchen müssen, ob nicht gegebenen Falles syphilitischer Primäraffect und weiches Geschwür neben einander vorkommen. Man wird zu der Annahme dieses Umstandes, durch welchen allein viele zweifelhafte Fälle aufgeklärt werden, gedrängt sein, wenn man 1. neben einander liegende Geschwüre mit deutlich ganz verschiedenen, den beiden Gattungen zukommenden Eigenschaften vor sich hat; 2. wenn man Symptome zweierlei Art wahrnimmt, z. B. ein Geschwür mit den gut ausgeprägten Charakteren eines weichen Schankers und daneben einen nicht zu verkennenden syphilitischen Bubo. In letzter Instanz entscheidet in solchen Fällen, neben der Impfung nur das Abwarten des weiteren Verlaufes. Uebrigens muss zugegeben werden, dass dergleichen Fälle doch nur selten sind.

§ 37. Der „Schanker" an den Brüsten und am Uterus bietet, wie bereits erwähnt, verschiedene Eigenthümlichkeiten dar, welche nothwendig machen, diese pathologischen Vorkommnisse vom Standpunkte der Differentialdiagnose speciell zu beleuchten.

Wenn der „Schanker" der Brust nicht an der Warze sitzt, wird er nach den früher gegebenen Schilderungen leicht zu erkennen sein. Er ist dann entweder eine Erosion oder eine erosive Papel mit

eigenthümliche Farbe. In Praxi ist die Differentialdiagnose zwischen diesen beiden Krankheiten schwer zu machen, einestheils deshalb, weil die angeführten unterscheidenden Merkmale selten deutlich genug ausgeprägt sind, und dann, weil bei häufig gleichzeitigem Vorhandensein beider Leiden die Symptome des einen durch die Symptome des andern undeutlich, gewissermassen verwischt werden.

IV. Am wichtigsten aber ist hier wieder die Differentialdiagnose zwischen weichem Schanker und syphilitischem Primäraffect. Wenn die Symptome des einen oder des anderen Leidens deutlich ausgeprägt sind, ist die Sache nicht schwer. Aber der weiche Schanker nimmt an der Vaginalportion gewisse Eigenthümlichkeiten an, welche eine Verwechslung leicht möglich machen. Er zeigt sich nämlich 1. häufig nur in einem einzigen Exemplare, sei es, dass gleich vom Anfange nur ein Exemplar da war, oder dass dieses aus der Verschmelzung mehrerer hervorgegangen ist, 2. besitzt er oft eine papulose Form wodurch er der Papel (als Theilerscheinung der Frühformen) oder dem syphilitischen Initialaffecte ähnlich wird. Wie ist da der Verwechslung vorzubeugen? Der Umfang des Geschwüres ist nicht massgebend, denn, wiewohl der syphilitische Primäraffect meist klein ist, kann er doch manchmal so gross sein, wie ein weicher Schanker zu sein pflegt. Der Grund des Letzteren zeigt zwar gewisse Unebenheiten, die man am syphilitischen Initialaffecte überhaupt und jenem dieser Gegend insbesonders nicht wahrnimmt. Die Farbe des weichen Schankers ist auch lebhafter, und neigt mehr dem Gelben zu, was gleichfalls beim syphilitischen Initialsymptom nicht beobachtet wird. Aber alle diese Zeichen sind unsicher, oder können so wenig deutlich sein, dass man einen sicheren Ausspruch auf sie nicht basiren kann. Da hilft eine andere Erscheinung, welche man in der regio vulvalis wahrnimmt, bisweilen, aber nur bisweilen, aus der Verlegenheit. Findet man nämlich in dieser Region nichts Verdächtiges oder „Schanker“, so wird die Diagnose auf syphilitischen Initialaffect am Collum uteri lauten können. Dabei ist natürlich nicht zu vergessen, dass es immerhin möglich sei, dass in der regio vulvalis syphilitische Primäraffecte und an der Vaginalportion weiche Schanker und umgekehrt sich entwickeln können, in Folge der gleichzeitig oder nacheinander stattgefundenen Contagion mit den zweierlei Contagien. Sind aber in der vulva oder was seltener ist, in der ampulla vaginalis weiche Schanker vorhanden, so kann man mit voller Bestimmtheit das am Scheidentheile bestehende Geschwür auch als einen weichen Schanker ansehen, welcher durch Autoinoculation

die ersteren erzeugte. In selbst bei diesem Befunde noch zweifelhaften Fällen kann die experimentale Impfung mit dem Secrete des am collum uteri sitzenden Geschwüres Aufschluss geben.

Wegen der Schwierigkeit der Differentialdiagnose zwischen syphilitischem Primäraffect und weichem Schanker am Scheidentheile der Gebärmutter folgt eine

Synopsis der Symptome

des syphlitischen Initialaffectes	des weichen Schankers
an der Vaginalportion.	
I. Symptome, welche eine wahrscheinliche Diagnose ermöglichen.	
1. Ein erosiver oder papulo-erosiver Substanzverlust.	1. Ein geschwüriger, bisweilen auch papulös geschwüriger Substanzverlust.
2. Grauliche, opaline Farbe.	2. Gelbe oder gelbliche lebhafte Farbe.
II. Symptome, welche eine sichere Diagnose ermöglichen.	
1. „Schanker“ an der Vulva oder nichts Verdächtiges daselbst.	1. Weiche Schanker an der Vulva oder der Ampulla.
(Rücksicht auf den Ausnahmsfall einer Ansteckung mit zweierlei Giften).	
2. Negative Autoinoculation.	2. Erzeugung von weichem Schanker durch Impfung.
III. Symptome, welche die Diagnose unterstützen, aber auf die allein sie nicht basirt werden kann.	
1. Selten viele, meist nur ein Geschwür vorhanden.	1. Selten ein, meist mehrere Geschwüre — oder ein grosses aus dem Zusammenfliessen kleiner entstandenes vorhanden.
2. Geringer Umfang.	2. Ziemlich grosser Umfang.

II. ABTHEILUNG.

Die Syphilis während der Periode der Früh-formen.



I. CAPITEL.

Einleitung.

§ 39. Nachdem der „Schanker“ und der syphilitische Bubo eine Zeit lang als einzige Beweise bestehen, dass ein Virus in den Körper eingedrungen sei, entwickelt sich eine Reihe anderer Krankheitsphänomene, welche den Namen Allgemeinerscheinungen oder constitutionelle Erscheinungen der Syphilis führen.

Vor der Besprechung derselben muss jedoch die Frage beantwortet werden: welche Zeit verfliesst zwischen dem Auftreten des „Schankers“ und dem Erscheinen jener Consecutivsymptome?

Diese Zeit, die secundäre Incubation genannt, beträgt nach der Anschauung der meisten Syphilographen 40 bis 50 Tage im Durchschnitte. Es ist selbstverständlich, dass sie auch kürzer oder länger währen kann. Im Verlaufe derselben bietet der Kranke, wenn der „Schanker“ schon geheilt ist, vom Bubo abgesehen, kein Symptom von Syphilis dar.

Aber nach dieser Periode entwickeln sich Erscheinungen, welche von dem Primär-Symptom wesentlich verschieden sind; sie sind es schon dadurch, dass sie nicht wie das Initialsymptom auf die Eingangspforte des Virus in den Organismus beschränkt sind, sondern sie können sich über den ganzen Körper verbreiten. Sie können die Oberfläche und die Innensubstanz der Organe befallen.

§ 40. Es ist weiters die Thatsache bekannt, dass die verschiedenen Consecutiv-Erscheinungen einer gewissen Zeitfolge unterworfen sind,

dass sie eine gewisse Reihe im Nacheinander des Auftretens mit Strenge einhalten.

Einige folgen dem „Schanker“ nach kurzer Zeit, andere treten erst auf, wenn jene schon da gewesen sind, und eine dritte Gruppe wird erst sichtbar, wenn die beiden anderen schon schwanden oder eine Zeit lang bestanden haben; ja noch mehr, eine genaue Beobachtung (der Krankheit), welche in den Charakter der verschiedenen Erscheinungen eindrang, hat gelehrt, dass dieselben sich auch durch den Sitz unterscheiden, durch die Form ihres Auftretens, durch den Habitus, durch ihre mehr oder weniger einschneidende Wichtigkeit und durch den Einfluss, welchen die verschiedenen Heilmittel auf sie ausüben.

Man hat deshalb, um eine Uebersicht zu gewinnen, die krankhaften Erscheinungen, welche die Syphilis in dem Organismus hervorruft, in drei grosse Gruppen untergebracht: 1. in die Gruppe der primären Symptome, zu welchen der „Schanker“ und der syphilitische Bubo gehören (die Initialformen); 2. in die Gruppe der secundären Erscheinungen oder Frühformen, das ist jener, die dem Primärsymptome meist in verhältnismässig kurzer Zeit folgen und die gewöhnlich nur eine oberflächliche und meist gutartige Erkrankung der Gewebe darstellen; 3. in die Gruppe der Tertiär-Erscheinungen oder Spätformen, welche gewöhnlich nur in einem vorgeschrittenen Alter des Leidens auftreten und die Gewebe in der Tiefe und in einer ernsteren Weise erkrankt zeigen. Diese Eintheilung ist nicht ohne Fehler, aber sie ist in der Praxis sehr verwendbar und sie scheint auch am meisten dem Wesen der Krankheit zu entsprechen. Ricord, von dem sie stammt, hat eine Zeit lang behauptet: der Charakter der primären Erscheinungen (der Initialformen) bestehe in diesen ausschliesslich zukommender Impfbarkeit des Eiters (ihres Secretes). Aber man hat sich überzeugt, dass die pathologischen Secrete von Krankheitsproducten, die der Secundärperiode angehören, gleichfalls jene Eigenschaft besitzen.

Auch ist Ricord's Ausspruch nicht mehr massgebend, dass in der letzteren Periode die Krankheitserscheinungen nur die Oberflächen des Organismus betreffen, und dass sie sich dadurch von der Tertiärperiode unterscheide; denn auch in jener können Fälle von sogenannter Visceral-Syphilis (Ergriffensein tiefliegender Organe an ihrer Oberfläche und in ihrem Innern in Folge von Lues) vorkommen.

Viele deutsche Autoren haben die Bezeichnung von Secundär und Tertiär, wegen dieser Möglichkeit aufgegeben und sprechen von

Initial-Symptomen, von Frühformen und Spätformen und bezeichnen jene Erscheinungen der ersten Kategorie, welche später als gewöhnlich auftreten, als verspätete Frühformen, denen dann frühzeitige Spätformen gegenüberstehen. Die Frühformen sind irritativen, hyperplastischen — die Spätformen heteroplastischen Charakters (im Sinne Virchow's).

§ 41. Es frägt sich nun, welche Erscheinungen bezeichnen den Eintritt der Krankheit in die Secundärperiode? Immer ist es die Entwicklung eines Ausschlages, welche den Anfang der Secundärperiode anzeigt, daneben kommen leichtere Störungen des Allgemeinbefindens vor, z. B. Kopfschmerz, herumziehender Schmerz in den Gelenken, Abgeschlagenheit, Uebelbefinden u. s. w. Diese letzteren Erscheinungen können fehlen, der Ausschlag aber nicht.

Er tritt ferner in einer Weise auf, dass die Patienten meist, man kann sagen fast immer, von seiner Anwesenheit keine Ahnung haben und dass sie entweder durch den Arzt, oder durch irgend einen mit dem Grundleiden nicht zusammenhängenden Umstand veranlasst werden, ihren Körper genau zu betrachten, bei welcher Gelegenheit sie erst den Ausschlag entdecken. So ist es in der Regel beim Manne.

Beim Weibe dagegen ist der Eintritt der Secundärperiode (nach Fournier) weniger latent. Die früher erwähnten Nebenerscheinungen treten da meist im verschärften Grade auf, so dass der Ausschlag nicht einmal das am ehesten in die Augen fallende ist. Diese Neben-Erscheinungen sind: lebhafter Kopfschmerz, welcher sich gegen Abend zeigt, stark ausgesprochenes Uebelbefinden, Abgeschlagenheit, Mattigkeit, ein Gefühl, als ob die Glieder gebrochen wären, geringe Geneigtheit zur Arbeit, Appetitlosigkeit, eine unbestimmte Schwäche, welche die Kranken befällt, und die sie sich durch nichts erklären können; ferner localisirte Schmerzen, welche, was den Sitz und die Intensität anlangt, äusserst mannigfaltig sind, vage Schmerzen in den Ohren, Seitenstechen, ein Gefühl von Druck auf der Brust, ein Gefühl, als ob die Patienten ersticken würden u. s. w., dazu gesellt sich eine manchmal ziemlich bedeutende Nervenaufregung, Krämpfe, Herzklopfen, ungewöhnliche Beschleunigung des Herzschlages ohne Hitze und ohne Fieber, Eingenommenheit. Anderemale tritt ein leichter Schauer ein, der sich von Zeit zu Zeit wiederholt, oder localisirte Empfindungen von Kälte oder Anfälle von Hitze, vorübergehende Fieberanfälle, wieder anderemale treten seltsame nervöse Erscheinungen auf, Kardialgie, Tympanitis,

krankhafte Erregung des Appetites, leichtes und intermittirendes Zittern der Glieder, besonders der Hände u. s. w. — Man sieht aus dem Gesagten, dass in Folge der dem Weibe eigenthümlichen, gesteigerten Receptivität die Erscheinung des Eintretens in die Periode der Frühformen der Syphilis bei ihm complexer ist, als beim Manne, und da auch Schmerzen dieselbe begleiten können, so ist es begreiflich, dass dieses Eintreten vom Weibe nicht so unbemerkt bleibt, als wie vom Manne.

Doch sind die Fälle selbst bei Weibern nicht selten, wo es auch in unauffälliger Weise erfolgt.

§ 42. Beim Manne verläuft ein Fall von secundärer Syphilis gewöhnlich in der Art: Es treten Erkrankungen des Hautsystemes und seiner Adnexe auf, das sind die Syphilide, Alopecie, Onychie u. s. w.; dann kommen meist gleichzeitig Erkrankungen der Schleimhäute, später Drüsen-Erkrankungen, ferner schmerzhafte Phänomene von verschiedenem Sitze, Kopfschmerz, rheumatoide Schmerzen des locomotorischen Systems, wahrhafte Neuralgien oder neuralgieähnliche Schmerzen, die meist ziemlich leicht und ziemlich selten sind. Vervollständigt wird zuweilen das Bild noch durch Störungen des Allgemeinbefindens, Entzündungen gewisser Häute des Auges, Periostitiden, Icterus, partielle Lähmungen u. s. w.

Beim Weibe verläuft die secundäre Syphilis in ähnlicher Weise, nur dass, wie gesagt, noch Schmerzen, auffälligere Nervenstörungen und bedeutendere Störungen des Allgemeinbefindens sich hinzu gesellen. Man kann sagen: durchschnittlich leidet das Weib durch die secundäre Syphilis mehr als der Mann. Aber ausserdem, dass die nervösen Störungen bei jenem bedeutender sind, gesellen sich zu ihnen noch gewisse, dem genus femininum speciell zukommende Affectionen, wie Erkrankungen des Uterus, mannigfaltige Störungen in der Menstruation, gewisse Krankheitserscheinungen, die sich auf die Schwangerschaft beziehen und endlich der Abortus.

Ist jedoch einerseits nicht zu läugnen, dass es eine grosse Anzahl von Frauen gibt, welche sich, ungeachtet sie syphilitisch sind, noch relativ wohl befinden, so sind andere, und zwar die Mehrzahl, wie in einem Zustande von Intoxication. Es zeigt sich bei den letzteren enorme Unterdrückung der Functionen des Nervensystems, Alteration der Blutmischung, gänzliche Veränderung des Individuums, seiner Constitution, Verminderung seiner vitalen Resistenz, mit einem Worte, die ganze Oekonomie des Organismus wird in entschiedener Weise

depressiv alterirt. Diese Action des Giftes gibt sich zu erkennen durch auffallende Verminderung der Kräfte, des Appetites, durch Schwächung aller Functionen des Körpers, durch eine gewisse Veränderung des Teints, welche bisweilen bis zur anämischen Blässe geht, durch sehr wahrnehmbare Abmagerung, vollkommene Veränderung der Physiognomie, oft durch Veränderung der Gewohnheiten, des Charakters, der Lebhaftigkeit — mit einem Worte, das syphilitische Weib zeigt sich auffallend krank und meist mehr krank, als cæsteris paribus ein von Syphilis befallener Mann.

§ 43. Es frägt sich nun, worin diese Krankheit besteht? Man hat gesagt, in Chloranämie. Aber die Chloranämie allein reicht nicht vollkommen aus, alle diesbezüglichen Erscheinungen zu erklären; denn die Frauen sind nicht alle in gleicher Weise erkrankt. Bei der einen sind die Functionen des einen Systems alterirt, bei der anderen die Functionen eines anderen Systems; so dass eine grosse Verschiedenheit in dieser Beziehung besteht, welche in der Chloranämie allein nicht ihren Grund haben kann. Dagegen wird Asthenie im Verein mit Chloranämie vollkommen hiezu ausreichen, und man wird Frauen finden, welche nur dem Einfluss der Cloranämie, andere, die nur jenem der Asthenie und schliesslich solche, welche beiden unterworfen sind.

Viele Frauen haben in der That während der Periode der Frühformen der Syphilis ein chlor-anämisches Aussehen. Es zeigt sich dies an folgenden Symptomen: Entfärbung der Haut und Schleimhäute, blasses, erdfahles, bleifarbenes Gesicht mit einem Stich ins Gelbliche, allgemeine Schwäche und Mattigkeit, Unfähigkeit, die gewöhnliche Arbeit zu verrichten, eine gewisse Abmagerung, Herzklopfen, besonders beim Gehen, Stiegensteigen. Dann sind die gewöhnlichen Erscheinungen der Anämie vorhanden, welche auch mehr oder weniger deutlich durch das Stethoskop nachzuweisen sind: als ein geringes Geräusch im Herzen beim ersten Ton an der Basis, Blasen in den Gefässen, welches entweder intermittirt oder mit einer zeitweisen Verdoppelung ununterbrochen zu hören ist und zuweilen sogar ein musikalisches Timbre besitzt (Nonnengeräusch). An diese wichtigen und Primordial-Symptome schliessen sich dann noch Störungen in der Verdauung, verminderter oder capriciöser Appetit, Magenschmerzen, Dyspesie, verschiedene und mannigfaltige Störungen im Nervensystem, verschiedene Neuralgien, Schmerz in den Eingeweiden, gesteigerte nervöse Erregbarkeit, Betäubung, Schwindel u. s. w. Das

sind die Erscheinungen, welche der Chloranämie zukommen. Dann aber gibt es eine Reihe von Kranken, welche andere Erscheinungen bieten, die sich nur durch Asthenie erklären lassen. Diese Kranken besitzen nur einen leicht veränderten Teint, ja einige sehen sogar ziemlich gut aus; bei der Auscultation merkt man nichts Abnormes. Doch klagen die Kranken dieser Art über eine allgemeine Schwäche, sie müssen ihren täglichen Beschäftigungen entsagen und bringen gern ihre Zeit im Bette zu; sie beklagen sich, dass ihre Knochen wie gerädert sind, wie gebrochen, sie gehen mit Mühe, langsam, schleichen einher, wie die Reconvalescenten, jeden Augenblick fühlen sie das Bedürfnis sich zu setzen und scheuen selbst die geringste Anstrengung. Misst man ihre Kräfte mit dem Dynamometer, so constatirt man eine beträchtliche Abnahme ihrer Muskelkräfte ziffermässig. Denn, während eine Frau von mittlerer Stärke im gesunden Zustande 35 Kilogramm Arbeit verrichten kann, können die hier in Rede stehenden Kranken nur 25, manchmal sogar nur 6 Kilogramm Arbeit leisten (wie sich dem Zifferblatte des Dynamometers ablesen lässt).

Solche Zustände bemerkt man nur noch nach profusen Hämorrhagien oder in der Reconvalescenz nach schweren Fiebern. Dazu gesellen sich verschiedene andere Erscheinungen, von Schwäche der Functionen der einzelnen Organe herrührend, als schwacher, matter Herzschlag, kraftloser, leicht zusammendrückbarer Puls, mühsame Respiration, welche sich durch Seufzen und eine gewisse gêne beim Athmen zu erkennen gibt; vorübergehende Erstickungsanfälle, Zeichen gestörter Verdauung, Appetitlosigkeit, Ekel und Erbrechen, es ist, wie wenn der Magen nicht die Kraft hätte zu verdauen; träger Stuhl, wahrscheinlich durch Atonie der Eingeweide bedingt. Was das Nervensystem anbelangt, bemerkt man gleiche Erscheinungen von Depression, verminderte Sensibilität, Schwäche der Augen, vorübergehende Verdunkelungen des Gesichtes, bisweilen Gehörschwäche, sogar beträchtlich verminderte Intelligenz; das Lesen wird mühsam, jede geistige Arbeit wird langsam und unvollkommen vollzogen, es zeigt sich Betäubung, ein gewisser Grad von Torpor, mit einem Worte, eine wahre Schwäche des Gehirns. Was das sympathische System anlangt, bemerkt man allgemeine Schweisse, wie bei den adynamischen Zuständen, dann örtliche Schweisse an den Enden der Extremitäten, welche an die Experimente von Cl. Bernard bei Durchschneidung des Sympathicus erinnern, ferner partielle Erkältung daselbst, welche ein Beweis von verminderter Zurückhaltung der

erzeugten Wärme an diesen Stellen oder von verminderter Wärmeerzeugung überhaupt ist. Das ist der Status, welchen die Asthenie veranlasst und der, wie man sieht, von dem durch Chloranämie bedingten Zustande, sich wesentlich unterscheidet. Manchmal sind diese beiden geschilderten Zustände an einem und demselben Individuum gleichzeitig bemerkbar, manchmal ist der eine oder andere, oder eine Misch-Form von beiden nur in geringem Grade ausgeprägt, oder es fehlt bald diese, bald jene Theilerscheinung, ein andermal erreichen dieselben die Höhe, welche in dem Vorhergehenden bezeichnet worden ist, und stellen bedrohliche Gesundheitsstörungen dar. In diesem letzteren Falle kann es den Anschein haben, als entwickelte sich eine Phthise, besonders wenn auch ein bischen Husten, oder zufälligerweise eine Bronchitis auftritt. Man würde aber fehlen, wenn man sich diesem Gedanken hingeben würde, denn die Syphilis allein ist hinreichend, die erwähnten Erscheinungen hervorzurufen, und es bedarf nicht erst der Phthise. Man muss ferner nicht glauben, dass die Chloranämie und die Asthenie durch die ganze Dauer des Bestehens der Syphilis vorhanden sind. Diese Störungen zeigen sich vielmehr nur einige Monate und selten einige Jahre; dann verschwinden sie, besonders unter dem Einflusse einer zweckmässigen Therapie. Aber, obschon temporär, sind sie doch wichtig genug, um die Aufmerksamkeit des Arztes auf sich zu ziehen, und es frägt sich nun, wodurch eben diese syphilitische Schwäche gefährlich werden kann?

Erstens kann sie an und für sich gefährlich sein, indem sie zur Cachexie führt; doch das ist im Ganzen seltener, nur ausnahmsweise der Fall. Aber durch die indirecten Folgen können jene Chloranämie und Asthenie häufiger gefährlich werden, weil sie die Resistenz gegen krankmachende Einflüsse vermindern,' ihnen gewissermassen die Thür öffnen und, wenn andere Leiden bereits vorhanden sind, dieselben steigern. Man glaubt dann gewöhnlich die betreffenden Krankheiten hätten eine gewisse Malignität und es ist kein Zweifel, dass die Syphilis eine Quelle dieser Malignität, in Folge ihres Einflusses auf die Oekonomie des Organismus, ist.

Man muss sich ferner gestehen, dass auch in Folge des oben Auseinandergesetzten, nicht blos intercurrirende acute Krankheiten bei den Syphilitischen schlechter verlaufen, sondern gewisse Diathesen geradezu durch den Einfluss der Syphilis wachgerufen werden. Ein Beispiel gibt die Scrofulose. Sehr oft sieht man bei jungen, zarten, blonden Männern,

noch öfter bei Weibern von derselben Beschaffenheit, dass die Syphilis die latente Scrofulose manifest macht, z. B. Veranlassung gibt zu voluminösen und chronischen Drüsen-Anschwellungen am Halse, in der Unterkiefergegend, in den Leisten u. s. w., oder dass Erkrankungen der Gelenke und Knochen scrofulosen Charakters entstehen, oder dass sich intensive maligne Scrofuloïde zeigen, welche man für Syphilide hält, deren Hartnäckigkeit und weitere Entwicklung aber, um von anderen Symptomen zu schweigen, die wahre scrofulose Natur darthun. Man hat es in einem solchen Falle mit einer Mischlingsform zu thun, einer Krankheit, von deren Vorhandensein schon Ricord gesprochen hat. Aehnliches ist der Fall bei der Tuberculose.

Betrachten wir ein junges Individuum, das durch Hæredität oder durch anderweitige Anlagen zu der Tuberculose disponirt ist. Wird sich bei demselben diese Erkrankung nicht durch Anämie, Schwäche, Verarmung der Oekonomie des Organismus, rascher entwickeln, oder wird sie nicht durch diese Einflüsse hervorgerufen werden, während sie sich caeteris paribus erst später, oder vielleicht gar nicht in dem betreffenden Individuum entwickelt hätte?

Dabei ist wohl zu beachten, dass die Syphilis nicht als eine gewissermassen specifische Ursache wirkt; sondern überhaupt als eine Art Depression, wie z. B. das Elend, Kerkerhaft, Kränkungen, unzureichende Nahrung, Excesse in Speise und Trank, Fatiguen, welche wir aus dem täglichen Leben als veranlassende Momente, wenn auch nicht als Ursachen der Phthisis kennen.

Man wird also schon mit Rücksicht auf den gewaltigen Einfluss, den die Syphilis auf die Oekonomie des Organismus hat, ihr in hohem Grade Aufmerksamkeit zuwenden müssen; besonders wenn zu befürchten steht, dass ihre Depressiv-Thätigkeit auf junge Individuen, namentlich auf kaum entwickelte Weiber von lymphatischer, schwacher Constitution auffallender Blässe und vorübergehender Anämie wirken könnte. Noch mehr aber wird man das Gesagte berücksichtigen müssen, wenn es sich um ein Individuum handelt, welches durch Erblichkeit oder durch andere Anlagen zur Tuberculose disponirt ist.

Was von der Scrophulose und Tuberculose gesagt wurde, gilt auch von manchen Neurosen, welche die Syphilis in überraschender Weise erweckt, und so könnten noch viele Beispiele angeführt werden, die das Wort Ricord's bestätigen: dass die Syphilis eine Erschütterung in der Oekonomie des Organismus veranlasst, welche geeignet ist,

alle Diathesen wachzurufen, alle Krankheitsanlagen zu steigern, so dass sie zum Ausgangspunkte von krankhaften Erscheinungen wird, welche von ihr wesentlich verschieden sind. Es geht aus dem Gesagten die hohe Wichtigkeit hervor, welche die Kenntnis der Syphilis für den Arzt hat.

Es geht ferner aus dem Gesagten hervor, dass man in Bezug auf die Beurtheilung des Zustandes eines von Syphilis Befallenen nicht blos der Betrachtung dieser Diathese Rechnung tragen, sondern auch die indirecten Gefahren berücksichtigen muss, welchen sie die Kranken aussetzt. Die eigentlichen Manifestationen der Syphilis sind oft weniger ernst, als jene Gefahren; denn gegen die Syphilis haben wir Mittel, die, wenn nicht immer, doch meist helfen, während wir gegen jene indirecten Consequenzen der Syphilis in vielen Fällen machtlos sind.

II. CAPITEL.

Die Erkrankungen der Haut während der Periode der Frühformen der Syphilis.

§. 44. Im Vorhergehenden ist erwähnt worden, dass während der Periode der secundären (der Frühformen der) Syphilis, auf der Haut und den Schleimhäuten gewisse Krankheitserscheinungen sich zeigen. Diese führen den Namen Syphilide.

Die Syphilide der Haut sind bei beiden Geschlechtern dieselben, sie treten zu verschiedenen Zeiten, man kann sagen, in einem jeden Zeitabschnitte des Verlaufes der Krankheit auf. Man sieht sie schon beim Beginne der sogenannten Secundärperiode, einige derselben erst viele Jahre nach dem Einzuge des Virus in den Organismus.

Dabei haben, wie bereits gesagt, diese Hauterkrankungen in den verschiedenen Zeitabschnitten nicht immer dieselbe Form und denselben Charakter, sondern sie sind sehr verschiedenartig und bezüglich ihres Auftretens, ihrer Aufeinanderfolge an eine gewisse Chronologie gebunden, wie dies bereits gleichfalls erwähnt wurde; so dass man aus dem Syphilide, welches ein Kranker an sich trägt, sich einen beiläufigen Schluss über die Dauer des Leidens erlauben kann. Die oberflächlichsten, und die zugleich meistens leichtesten zeigen sich in der ersten Zeit, die mehr in die Tiefe greifenden, schwersten, erscheinen zuletzt; und mitten innen zwischen beiden kommen Krankheits-Manifestationen zu Tage, welche, was Form und Bedeutung anlangt, auch die Mittellinie zwischen beiden halten. Während die leichteren gutartig sind und nur die Haut gewissermassen streifen, die der mittleren Periode schon tiefer eindringen, so ulceriren die im letzten Stadium auftretenden Syphilide die Haut in beträchtlicher Weise.

Daran reiht sich eine andere ebenso wichtige und charakteristische rscheinung: Je jünger die Syphilis ist, umsomehr sind ihre Manistationen auf der ganzen Haut ausgebreitet; je älter sie ist, desto ehr sind sie umschrieben, auf ein gewisses Gebiet der Haut behränkt.

§. 45. Die Syphilide der Haut gehören als Krankheiten zu der ımilie der Dermatonosen und unterscheiden sich von anderen ähnlichen eser Familie auf eine im Nachstehenden auseinanderzusetzende eise:

1. Die Syphilide sind Ausschläge, die ohne Fieber auftreten und ngsam, mit einer gewissen Chronicität sich entwickeln, dadurch unterheiden sie sich von den acuten und fieberhaften Exanthemen, welche t Entzündungs-Erscheinungen verbunden, rasch sich entwickeln und ssagère sind. Es ist wahr, dass einige Syphilide, besonders aus der sten Zeit der Secundär-Periode sich mit einem gewissen Fieber entckeln, aber einerseits ist das selten der Fall und andererseits unterıeidet sich dieses Fieber bedeutend von jenem Zustande, welcher B. die Variola oder Scarlatina begleitet. Ferner ist dieses Fieber in integrirender Theil des ganzen Krankheitsprocesses, zum Beweise tt es ja nur selten auf, endlich steht es auch nicht in einem bemmten Rapporte mit der Eruption, sondern es ist unregelmässig in zug auf die Zeit seines Erscheinens, in Bezug auf seine Intensität, f seine Dauer. Bald geht es dem Exantheme vorher, bald folgt es mselben, kurz es hat nichts fixes. Es ist kein immer zutreffendes mptom und hat höchstens die Bedeutung eines interessanten Zulles. Als Symptom aber muss die Fieberlosigkeit angesehen rden, und diese dauert während des ganzen Bestehens der Syphilide, n dem Beginne bis zum Verschwinden; und hiedurch reihen sie sich n wahrhaften Dermatonosen an, von denen man ja bekanntlich die uten Exantheme ausschliesst. So wie jene, entwickeln sie sich langsam d chronisch, können ohne Veränderung mehrere Wochen und Monate, sogar, wenn sie nicht behandelt werden, Jahre lang bestehen. Die uten fieberhaften Exantheme dagegen haben ja bekanntlich eine durch ine vorhergehende Erscheinung bedingte Entwicklung und können sch, in vielen Fällen ephemer verlaufen.

2. Die Syphilide sind in ihrem Wesen apruriginös, das heisst, erzeugen keine abnorme Empfindung, kein Jucken des Körpers; es ire denn, dass irgend eine Complication sich ihnen zugesellte. Daher

rührt es ja, dass die Syphilide meist unbeachtet von den Kranken entstehen und auch oft vergehen. Anders ist diess bei den ihnen ähnlichen Dermatonosen, deren wichtigstes Symptom mitunter das Jucken ist. Doch darf nicht unerwähnt bleiben, dass gewisse Syphilide an besonderen, behaarten Stellen, z. B. am Cranium, der Axilla, der Regio sternalis, der vorderen Fläche der unteren Extremitäten, Jucken verursachen; aber dieses ist leicht und vorübergehend. Manchmal gesellt sich ein leichtes Jucken der Haut zu den Syphiliden, im Momente, wo dieselben zum Ausbruche kommen; aber dieses ist immer unbedeutend. Diese beiden Zeichen, die Fieberlosigkeit und die Indolenz, sind als semiologische, als wesentlich unterscheidende anzusehen.

3. Die Syphilide sind alle der unläugbar curativen Einwirkung des Mercur unterworfen, wie eine mehr als hundertjährige Erfahrung lehrt, und das ist auch ein unterscheidendes Merkmal von den anderen Dermatonosen, welche durch Mercur nicht beeinflusst werden.

§. 46. Ausserdem gibt es noch andere Eigenschaften, welche aber nicht so hervorstechend sind, wie die bereits aufgezählten. Dahin gehören

I. Die Geneigtheit zum Polymorphismus. Die Syphilide stellen nämlich sehr oft Ausschläge dar, welche aus verschiedenartigen Efflorescenzen zusammengesetzt sind. Man findet nämlich erythematöse Flecken neben Papeln, schuppende Papeln neben Pusteln oder neben Affectionen, die zur Krustenbildung führen. Und diese Mischung der Formen nennt man Polymorphismus. Doch gilt er nur von den in der ersten Zeit der Secundär-Periode auftretenden Formen; indem die später sich zeigenden in ihren anatomischen Charakteren mehr Gleichförmigkeit besitzen. Bei den anderen Dermatonosen findet man dagegen keinen Polymorphismus, sondern fast immer nur Eine Art von Efflorescenzen. Ein Erythem z. B. bietet nur ausgebreitete Röthung dar, und keine Schuppen, keine Pusteln u. s. w. und das bemerkt man auf der ganzen Körperfläche. Bei anderen Exanthemen aber findet man höchstens während einer gewissen Periode Flecken, Papeln und Pusteln neben einander, dann aber, wenn dieser Zeitpunkt vorüber ist, nur Eine Sorte von Efflorescenzen. Also, die Buntscheckigkeit des Aussehens ist etwas, was den Syphiliden specifisch zukommt. Doch muss man bemerken, dass einerseits eine solche Buntscheckigkeit auch manchmal bei anderen Exanthemen bemerkt wird, z. B. der Krätze, während sie anderseits bei den Syphiliden nicht immer deutlich aus-

geprägt ist. Pathognomonisch ist demnach der Polymorphismus für die Siphilide nicht; aber er ist bei denselben häufiger, als bei allen anderen Dermatonosen.

II. Die Syphilide haben eine specielle, nahezu pathognomonische Färbung: ein dunkles Roth oder Rothbraun, welches man mit der Farbe des frisch angeschnittenen Schinkens verglichen hat (eine Bemerkung, die von Fallopia herrührt) oder eine weniger rothe Farbe, etwas gemischt mit gelb, welche Swediaur mit der Kupferfarbe verglichen hat. Man findet diese Färbung nicht immer deutlich ausgeprägt; aber ist sie vorhanden, dann wird sie ein werthvolles Symptom sein.

III. Die Syphilide haben ziemlich häufig die Tendenz, dass ihre einzelnen Efflorescenzen oder Gruppen derselben die Kreisform oder Theile der Kreisform darbieten; allein diese Eigenheit tritt noch seltener auf, als der Polymorphismus und die specifische Farbe und man bemerkt auch bei vielen anderen Dermatonosen diese Geneigtheit ihre Efflorescenzen in Kreisform zu gruppiren, z. B. beim Herpes. Doch muss zugegeben werden, dass die Kreisform bei den Syphiliden häufig auftritt und mehr regelmässig als bei allen Affectionen der Haut.

Die Syphilide können in ihrem Aussehen alle Hautkrankheiten nachahmen, weshalb man die Benennung der Syphilide theilweise der Nomenclatur der Hautkrankheiten entlehnte.

§. 47. Um eine Uebersicht der Syphilide zu erlangen, hat dieselben Fournier in acht Gruppen (Gattungen) getheilt, und bei der Benennung derselben auf die Benennung ähnlicher nicht syphilitischer Krankheiten Rücksicht genommen.

Diese Gruppen (Gattungen) sind:

I. Gattung: **Erythematöse Syphilide** (3 Arten).

1. Roseola,
2. Roseola urticata,
3. Roseola circinata.

II. Gattung: **Papulöse Syphilide** (4 Arten).

1. Das papulöse Syphilid, stricte sic dictum,
2. papulo-squamöses,
3. papulo-crustöses,
4. papulo-erosives Syphilid.

III. Gattung: **Squamöse Syphilide.**

IV. Gattung: **Vesiculöse Syphilide** (Herpes syphiliticus).

V. Gattung: **Pustulo-crustöse Syphilide** (3 Arten).

1. Acne-ähnliche,
2. impetiginöse,
3. ecthymatöse Syphilide.

VI. Gattung: **Bullöse Syphilide** (2 Arten).

1. Pemphigus,
2. Rupia.

VII. Gattung: **Maculöse oder pigmentäre Syphilide.**

VIII. Gattung: **Gummöse Syphilide** (Gummata der Haut).

Die letzte Gattung gehört schon der Tertiär-Periode (der Periode der Spätformen) an.

§. 48. I. Gattung: erythematöse Syphilide. Die hierher gehörigen Exantheme zeigen nicht vorspringende Flecke ohne Schuppenbildung, ohne Emporhebung der Epidermis und ohne sinnfällige Erkrankung des unterliegenden Derma.

1. Die erste Art der erythematösen Syphilide ist die Roseola. Sie ist die gewöhnlichste syphilitische Hautkrankheit, so dass es nur wenige syphilitische Patienten gibt, welche nicht mit ihr behaftet gewesen wären, nur bei manchen, mit äusserst günstigem Erfolge frühzeitig Behandelten kann sie fehlen. Sie ist auch die erste in der Reihe der syphilitischen Hautkrankheiten und zeigt sich ungefähr in der 6. bis 8. Woche nach der Entwicklung des „Schankers". Doch kann sie auch später auftreten; sogar erst im zweiten Jahre nach stattgefundener Infection ist sie schon bemerkt worden, wenn eben eine erfolgreiche Behandlung, nachdem der „Schanker" sich gezeigt, eingeleitet wurde. Doch je später (von dem Zeitpunkte an gerechnet, welcher für ihre Entwicklung der normale ist) sie beobachtet wird, desto mehr ist sie in ihrer Form alterirt.

Sie besteht aus mehr oder weniger confluirenden und disseminirten, erythematösen Flecken, welche nicht vorspringen, keine Schuppen haben und ohne weitere wahrnehmbare Veränderung der Epidermis oder des Derma sich entwickeln. Diese Flecke sind wie mit einem Pinsel auf die Haut gestrichen, von Linsen- bis Kreuzergrösse und darüber, selten umfangreicher, die Fälle natürlich ausgenommen, wo

mehrere nahe bei einander sitzen und zu einem grösseren Plaque zusammenfliessen. Ihre Gestalt bietet nichts Specielles: In der Regel sind sie rund, manchmal ovalär, eliptisch, in die Länge gezogen, mit gezackten Rändern versehen, etc. Ihre Farbe ist je nach ihrem Alter verschieden. Bald nach ihrer Entwicklung sind sie von einem zarten Roth, später sind sie dunkler, noch später, gegen das Ende ihres Bestehens fangen sie an, einen Stich ins gelbliche zu bekommen. Parallel mit diesen Farbenveränderungen geht auch die Eigenschaft einher, anfangs auf Fingerdruck momentan zu verschwinden, und beim Nachlassen des Druckes wiederzukehren, später nur unvollkommen demselben zu weichen, und gegen das Ende ihres Bestehens zu, übt der Fingerdruck diesen Einfluss nicht.

Die Flecke der Roseola sind absolut indolent und weder mit Hitze noch mit Pruritus verbunden; ihr Vorhandensein bleibt deshalb auch oft dem Patienten verborgen, und der wegen irgend eines anderen Umstandes consultirte Arzt macht den Kranken häufig erst auf das Exanthem aufmerksam. Ihre Vertheilung über die Oberfläche des Körpers ist eine zufällige. Selten sind sie in Kreisen oder Kreis-Segmenten aneinander gereiht und man kann sagen, dass die Roseola eines von jenen Syphiliden ist, welche eine geringe Tendenz haben, die Kreisform anzunehmen. In Bezug auf das Zusammenfliessen der Efflorescenzen verhält sich das Exanthem äusserst verschieden.

Wenn der Kranke zeitlich einer wirksamen mercuriellen Behandlung unterworfen worden ist, so findet man nur eine kleine Zahl von Flecken; fast immer sind sie jedoch so reichlich vorhanden, um der Haut ein getigertes Aussehen zu geben, indem zwischen ihnen beträchtliche Antheile gesunden Integuments gewissermassen ausgespart bleiben. Bisweilen sind sie so zahlreich und dicht gedrängt, dass einzelne Gegenden wie ein Sieb ausschauen.

Ihre Lieblingsstellen sind die Flanken und die Seitentheile des Körpers, der Abdomen, die Brust und der Rücken. An den zwei erstgenannten treten sie gewöhnlich gleich anfangs auf; sie kommen auch an den Extremitäten häufig vor, besonders an den Beugeflächen, selten aber sind sie im Gesichte mit Ausnahme der Stirn, nahe an der Grenze der behaarten Kopfhaut, und nur ganz ausnahmsweise kommen sie an den Händen vor.

Die Diagnose ist sehr leicht und die Roseola syphilitica könnte nur mit einer Roseola vulgaris oder einem Erythema balsamicum,

welches nach Gebrauch von Copaiva und Cubeben entsteht; endlich mit den Masern verwechselt werden.

Die Differential-Diagnose ist im Allgemeinen sehr leicht. Von den Masern unterscheiden sich die Roseola-Efflorescenzen schon dadurch, dass jene mit Fieber auftreten, während Fieber zum syphilitischen Exanthem sich nicht oder nur in geringerem Grade gesellt, ferner dauert das Prodromal-Fieber der Masern 3—4 Tage, und das Exanthem der Morbillen überfällt zuerst das Gesicht, dann die anderen Theile. Bekanntlich sind die Masern eingeleitet von, und vergesellschaftet mit gewissen katarrhalischen Zuständen, z. B. Katarrh der Nase, der Augen, des Kehlkopfes, der Bronchien u. s. w.

Von der gewöhnlichen Roseola ist die Roseola syphilitica in folgender synoptisch dargestellter Weise verschieden.

Syphilitische Roseola.	Einfache Roseola.
1. Fieberlose Erkrankung von Ausnahmsfällen abgesehen.	1. Eine Erkrankung, die sehr oft von bedeutenden Störungen des Allgemeinbefindens begleitet ist, z. B. Fieber, Appetitlosigkeit, Saburra, Durst, Uebelbefinden, Kopfschmerz u. s. w.
2. Kein Jucken vorhanden.	2. Sehr häufig Jucken vorhanden.
3. Dauer von wenigstens mehreren Wochen.	3. Kurze, ephemere Dauer.
4. Kurz vorher gehen die syphilitischen Initial-Symptome (der „Schanker“, der syphilitische Bubo).	4. Keine Vorläufer, die auf Syphilis deuten.
5. Auftreten anderweitiger Secundär-Symptome, als: Krusten der behaarten Kopfhaut, Halsdrüsen-Schwellung, abendlicher Kopfschmerz, Syphilide der Schleimhaut u. s. w.	5. Keine anderen Symptome von Syphilis.

Der Unterschied zwischen der Roseola balsamica und Roseola syphilitica ist in folgender Synopsis ersichtlich:

Syphilitische Roseola.	Balsamische Roseola.
1. Die Erkrankung tritt ohne Jucken auf.	1. Die Erkrankung erzeugt ein leichtes, manchmal ein sehr lästiges Jucken.
2. Die Efflorescenzen sind hellroth.	2. Die Efflorescenzen sind dunkelroth.
3. Die Efflorescenzen haben keine Centren, um die sie sich besonders gruppiren.	3. Die Eruptionen haben Centren, um die sie sich besonders gruppiren, welche namentlich auch an der Streckseite der Gelenke sitzen, also an den Knien, Ellbogen, Rückenfläche der Hand und des Fusses.
4. Die Efflorescenzen haben eine gewisse Dauer, manchmal von mehreren Wochen.	4. Die Efflorescenzen haben nur eine kurze Dauer, verschwinden nach mehreren Tagen.
5. Die Efflorescenzen kommen nach einer syphilitischen Infection und nicht nach dem Genusse eines Medicamentes.	5. Die Efflorescenzen kommen immer nur, wenn Copaiva, Cubeben oder ein anderes Balsamicum eingenommen worden ist.

In der weit überwiegenden Mehrzahl der Fälle entwickelt sich die Roseola, wie schon wiederholt gesagt, unbemerkt, ohne Störung des Allgemeinbefindens. Nur manchmal tritt ein leichtes Fieber von mehrtägiger Dauer auf.

Gleichzeitig mit der Roseola zeigen sich gewöhnlich, besonders wenn sie in den ersten Wochen der Infection auftritt, anderweitige Erscheinungen der Secundär-Periode, die aber nur im Nexus der Gleichzeitigkeit stehen, als: Allgemeine Abgeschlagenheit, abendlicher Kopfschmerz, herumziehende Schmerzen in den Gliedern, acneähnliche Krusten der behaarten Kopfhaut, Angina faucium etc.

Die Roseola entsteht langsam und breitet sich allmälig aus, im Gegensatze zu den ähnlichen fieberhaften Exanthemen, welche innerhalb 24 bis 48 Stunden vollkommen entwickelt sind. Anfangs sind nur einige Flecke vorhanden, jeden folgenden Tag kommen zu diesen immer mehr, so dass meist eine Woche vergeht, bis kein weiterer Nachschub mehr auftritt. Die einmal gegebene Form behalten die Efflorescenzen kürzere oder längere Zeit, ohne dass sie sich weiter verändern. Bisweilen bemerkt man, dass sie besonders bei längerer Dauer, eine

gewisse Unebenheit der Oberfläche besitzen; sie sind dann mit kleinen miliären Vorsprüngen besetzt, welche von Haaren durchbrochen und wahrscheinlich nichts als vergrösserte Haarfollikel sind. Man rechnet auf einen Fleck 5—10 solcher Vorsprünge im Mittel, bisweilen auch mehr. Diese Form der Roseola nennt man **Roseola granulosa.** Sie ist für den Practiker nicht weiter von Interesse. Wenn die Roseola behandelt wird, blasst sie ab und verschwindet rasch. Wird sie aber nicht behandelt, so besteht sie mehrere Wochen, bisweilen mehrere Monate, wird dabei immer dunkler und es gesellen sich zu ihr meist anders geartete Efflorescenzen. Man hat dann keine Roseola, sondern ein polymorphes, an einzelnen Stellen erythematöses, an anderen papulöses Syphilid vor sich.

Bisweilen verschwindet jedoch die Roseola auch ohne therapeutische Eingriffe, ohne sich mit anderen Exanthemen zu compliciren, welche ihr aber später entweder auf der Haut oder auf der Schleimhaut folgen. Ist sie geschwunden, bleibt keine Spur von ihr zurück. Sie kann recidiviren, thut diess aber immer nur nach einem ziemlich langen Zeitraume. Dies ist besonders der Fall, wenn eine Therapie platzgegriffen hat, welche hinreichte, die Diathese zu verringern, so dass schwerere Formen nicht auftraten, die aber nicht stark genug war, die Dyscrasie ganz zu beseitigen.

Recidivirt die Roseola, so tritt sie entweder in derselben Form auf wie früher, nur gewöhnlich nicht so zusammenfliessend, oder sie bietet ein von dem ersten Exantheme verschiedenes Aussehen.

Gewöhnlich sind die Flecken der Recidive weniger zahlreich, grösser und blässer.

Was die Grösse anlangt, so hat man Efflorescenzen von der Grösse eines Kreuzers und darüber gesehen. Zufolge ihrer Blässe und zufolge des Umstandes, dass sie manchmal nicht deutlich circumscribirt sind, ist es schwerer, sie zu sehen. Kommt demnach ein Kranker, dessen Antecedentien unbekannt sind, mit einem Exantheme von der Beschaffenheit des eben geschilderten zur Beobachtung, so kann man mit Bestimmtheit auf eine vor längerer Zeit stattgefundene Infection schliessen. Denn diese Art von Exanthemen gehört schon zu den später auftretenden. Einzelne Forscher behaupten, eine solche Roseola sei gewissermassen eine durch Mercur modificirte; doch liegt kein stichhältiger Grund für diese Annahme vor.

Die zweite Art ist die Roseola urticata.

Sie unterscheidet sich von der vorhergehenden nur dadurch, dass ihre Efflorescenzen über das Hautniveau etwas erhaben sind, so dass sie nicht blos mit dem Gesichte, sondern auch durch den Tastsinn wahrgenommen werden können. Sie hat Aehnlichkeit mit den durch die Nessel veranlassten Efflorescenzen. Andere Autoren bezeichnen sie als Erythema papulatum, Roseola papulata. Bisweilen sind gleichzeitig erythematöse Flecken vorhanden, mit denen die der Roseola urticata die pathologische Bedeutung theilen.

Von der gewöhnlichen Urticaria unterscheiden sie sich hinreichend dadurch, dass die Efflorescenzen der letzteren Jucken verursachen, von kürzerer Dauer sind, eine eigenthümliche Färbung, eine gewisse Resistenz u. s. w. haben.

Dritte Art: Roseola circinata.

Sie unterscheidet sich von der vorhergehenden dadurch, dass sie ziemlich spät in der Periode der Frühformen auftritt — gegen Ende des ersten Jahres, und manchmal noch später, im dritten Jahre, aber nur bei Individuen, welche einer Behandlung unterworfen waren. Ferner bilden ihre rothen mehr oder weniger vorspringenden Flecke vollkommene Kreise oder Kreis-Segmente, die dann zu verschiedenen Figuren: Achtern, Guirlanden u. s. w. zusammenfliessen. Am häufigsten sind die ringförmigen, halbringförmigen, ovalären und elliptischen. Die Fläche, welche sie umgrenzen, lässt sich mit einem Kreuzer oder höchstens mit einem Groschen bedecken.

Die Syphilide dieser Art sind ziemlich persistent, wenn sie sich selbst überlassen bleiben. Sie sind zur Recidive sehr geneigt, obgleich sie sehr leicht auf Mercurgebrauch schwinden. Aber manchmal kehren sie trotz aller Behandlung so häufig wieder, dass es oft unmöglich scheint, den Kranken vollständig von ihnen zu befreien. Durch ihre Kreisform haben sie eine wichtige semiologische Bedeutung, denn ein rein annuläres Erythem, ohne gleichzeitige Schuppen oder Papelnbildung und ohne gleichzeitige Anwesenheit von Parasiten, findet sich nur bei Syphilitischen als unfehlbares Zeichen von stattgefundener Infection.

§. 49. 2. Gattung. Papulöse Syphilide.

Diese Gruppe ist die wichtigste von allen; denn sie hat die meisten Arten, und diese Arten wiederum kommen am häufigsten unter allen Syphiliden, namentlich bei Weibern vor. Allen hieher gehörigen Exanthemen eigenthümlich ist die Papel, das ist (nach **Willan**) eine

kleine, solide und resistente Erhabenheit der Haut, welche kein Liquidum enthält und an ihrer Spitze sich erodiren kann, aber immer entweder durch Erosion oder Abschuppung endet. Im anatomischen Sinne ist die Papel eine trockene Infiltration der Haut, ein umschriebenes, interstitielles Neoplasma des Corion. Die weiteren Modificationen, welche dieses Gebilde eingehen kann, bedingen nur äusserliche, aber keine wesentlichen Unterschiede, und auf diese Unterschiede basirt folgende Eintheilung der Gattung in 4 Arten: 1. Bleibt die Papel unverändert, so heisst das Exanthem das papulöse Syphilid, stricte sic dictum; 2. schuppt sie sich an ihrer Oberfläche ab, so nennt man es papulo-squamöses Syphilid; 3. wird sie an ihrer Oberfläche wund, excoriirt sie sich, so stellt sie das feuchte papulöse Syphilid oder das papulo-erosive Syphilid dar. 4. Wenn sich die Papel mit einer Kruste bedeckt, so hat man das papulo-crustöse Syphilid vor sich. Das letztere ist von den verschiedenen Autoren entweder mit dem papulo-erosiven oder mit dem pustulo-crustösen Syphilide zusammengeworfen worden. Wegen seiner Wichtigkeit aber wurde ihm in der vorliegenden Classification ein besonderer Platz eingeräumt.

I. und II. Art. Das papulöse Syphilid, stricte sic dictum, und das papulo-squamöse Syphilid.

Diese beiden Arten wurden vereinigt, weil sie von einander nur durch eine geringe Nuance verschieden sind und sehr oft an demselben Individuum gleichzeitig nebeneinander vorkommen. Es ist bereits erwähnt worden, wodurch sie sich unterscheiden, und dieser Unterschied ist eigentlich nur ein Altersunterschied, weil das papulöse Syphilid, stricte sic dictum, die Tendenz hat, rasch in ein squamöses überzugehen. Doch kann es auch geschehen, dass das eigentlich papulöse längere Zeit isolirt besteht. Diese letztere Art hat 3 Unterarten:

1. Das papulo-granulöse Syphilid, durch kleine Eruptionen gekennzeichnet. 2. Das lenticuläre oder numuläre papulöse Syphilid, charakterisirt durch grosse Papeln. 3. Endlich die Papulae gyratae, per totam cutem dispersae, ein Syphilid, bei welchem die Efflorescenzen nicht isolirt, sondern in Gruppen beisammen vorkommen, die einen Gyrus bilden.

1. Unterart: Das papulo-granulöse Syphilid (von einigen Autoren mit dem Namen des miliär-papulösen, chronisch-papulösen, lichenoiden Syphilides, des lichen syphiliticus belegt), ist ein frühzeitiges Exanthem, welches bisweilen im Beginne der Secundärperiode,

immer aber in den ersten Monaten nach stattgefundener Infection auftritt. Es besteht aus disseminirten, kleinen Papeln, welche feste, runde, durch das Gesicht und den Tastsinn wahrnehmbare, stecknadelkopf- oder kleinlinsengrosse Eruptionen darstellen. Man hat bei der Betastung das Gefühl, als ob Hirsekörner in die Haut geschossen worden und dort haften geblieben wären. Sie sind im Beginne roth, später dunkler, zuweilen wie der frisch angeschnittene Schinken, und seltener wie kupferfarben. In Bezug auf ihr Vorkommen an keine bestimmte Stelle des Körpers gebunden, gruppiren sie sich nur ausnahmsweise in Kreisen oder Halbkreisen. In ihrem Beginne sind sie immer intact, mit gesunder Epidermis bedeckt. Bisweilen bestehen sie längere Zeit unter dieser Form fort, meistens aber haben sie die Tendenz, sich abzuschuppen. In diesem Falle bieten sie folgendes Aussehen: Die noch nicht losgestossenen Epidermisschollen bilden an der Oberfläche der Papeln weisse, zarte, feine Schuppen; oder die Epidermis ist vollkommen an der Oberfläche beseitigt und die Papel erscheint wie lackirt. Der Umfang der Papel ist dann mit einem weissen Hofe, wie mit einem Halskragen umgeben, der durch Loshebung der Epidermis ringsum und Abstossung des mittleren Antheiles der losgehobenen Epidermis entstanden ist. Man hat diesem Vorkommniss früher eine wichtige diagnostische Bedeutung beigelegt, weil man irrthümlicherweise der Ansicht war, es käme nur ausschliesslich der syphilitischen Papel zu. — Alle Papeln, welche sich gleichzeitig an einem Individuum finden, haben nicht gleiche Entwickelung, sie haben nicht dieselbe Grösse, weil sie nicht von gleichem Alter sind, da sich sehr oft die einen früher, die anderen später entwickeln.

Wenn das papulo-granulöse Syphilid sich selbst überlassen bleibt, so besteht es meist mehrere Monate; wird es aber behandelt, so schwindet es gewöhnlich in einigen Wochen. Wenn es sich zu verschwinden anschickt, so beginnen die Papeln einzusinken, entledigen sich ihrer schuppigen Bekleidung, verlieren ihre Resistenz und allmälig auch durch Resorption ihr Volumen. Mit einem Worte: sie atrophiren und gehen in Flecke über. Diese Flecke haben eine dunkelbraune Farbe, bestehen eine gewisse Zeit, dann blassen sie ab und verschwinden allmälig.

2. Unterart: Das lenticulär- oder numulär-papulöse Syphilid (Synonime Bezeichnungen: Das platte papulöse, das platte tuberculöse Syphilid, das grosse papulöse, das papulo-tuberculöse, das

papulös-lenticuläre, das squamöse, das squamös-lenticuläre Syphilid.) Dieses Syphilid ist viel häufiger (besonders bei Frauen), als das vorhergehende, und unterscheidet sich von demselben nur durch die Grösse der Efflorescenzen, welche von Linsengrösse bis zur Grösse einer kleinen Münze vorkommen. Die Efflorescenzen sind ferner scheibenförmig und etwas über das gesunde Gewebe erhaben. Ihre Gestalt ist von Wichtigkeit, weil von semiologischer Bedeutung. Sie sind nämlich regelmässig kreisförmig, wie abgezirkelt. Nirgends zeigt sich die Tendenz der Syphilide zur Kreisform deutlicher als hier; ausnahmsweise kommen auch unregelmässige Gestalten vor; als unregelmässig abgerundete, ovaläre, nach einer Richtung hin verlängerte Efflorescenzen, bisweilen solche, die keine geometrische Figur haben. Ihre Oberfläche ist immer trocken und viel häufiger ohne Epithel als schuppig. Die Epidermis löst sich bald los, ohne sich aber immer auf den afficirten Stellen wieder zu erneuern, und ohne einen permanenten schuppigen Beleg wie bei Psoriasis vulgaris zu bilden, worauf schon Cazenave als auf ein wichtiges unterscheidendes Merkmal zwischen dem hier abgehandelten Exanthem und der Psoriasis vulgaris aufmerksam gemacht hat.

Werden diese Efflorescenzen der Epidermis beraubt, so zeigen sie sich dunkelrothbraun in den charakteristischen, mehrfach erwähnten Nuancen. Hier findet man die eigentliche Schinken- und Kupferfarbe, von denen die Syphilidologen so oft sprechen. Je grösser die Papeln sind, desto kleiner ist die Zahl derselben; es ist dies übrigens ein für die Syphilide ziemlich allgemein giltiges Gesetz, dass die Anzahl der Efflorescenzen im verkehrten Verhältnisse zur Grösse derselben steht, so dass z. B. die eigentliche numuläre Form sich häufig auf nur wenige Efflorescenzen beschränkt. Wohl zu bemerken ist, dass auch die hier abgehandelten Exantheme, wie das bereits ausgeführt worden ist, aus gleichzeitig vorhandenen Efflorescenzen von ungleicher Grösse bestehen, so findet man die granuläre, die lenticuläre und numuläre Form häufig nebeneinander.

Obwohl das hier besprochene Syphilid am ganzen Körper vorkommen kann, so hat es doch einige Prädilections-Stellen: 1. den Nacken und die Regio occipitalis, besonders bei Weibern. Manche Kranke haben nur in der angegebenen Gegend und sonst nirgends einige Efflorescenzen. Daraus ergibt sich, dass man eine Frau, welche der Syphilis, und zwar der ziemlich recenten Siphi-

lis verdächtig ist, immer am Nacken zu untersuchen hat, an der Grenze der behaarten Kopfhaut und in der Nachbarschaft (jenseits und diesseits) von dieser Grenze. Denn wenn sich an einer Kranken Papeln finden, so sitzen sie meistens hier. 2. Die Stirne und die Regio temporo-frontalis der behaarten Kopfhaut. An der ersteren führt die Eruption den Namen Corona veneris. Doch begrenzt sich das Auftreten der Efflorescenzen, wie man aus der Bezeichnung Corona veneris vermuthen sollte, nicht an der behaarten Kopfhaut, sondern sie zeigen sich auch um die Circumferenz der Calvaria. 3. Findet man häufig diese Efflorescenzen im Gesichte in der Gegend der Nasenflügel, der Kinnfurche, der Mundwinkel, des Halses, der Kniekehle, der Ellbogenbeuge, an der oberen inneren Fläche der Schenkel, besonders bei Weibern in der Crena ani.

Was die Entwickelung anlangt, so ist sie von der anderer Syphilide nicht verschieden. Haben die Efflorescenzen ihren Höhepunkt erreicht, so bestehen sie einige Zeit, manchmal einige Monate unverändert, dann flachen sie sich ab, sinken ein, atrophiren, die Epidermis an ihrer Oberfläche bildet sich wieder, endlich werden sie zu seichten, graubraunen Flecken, die gleichfalls mehrere Wochen oder Monate bestehen und spurlos, ohne Narben zurückzulassen, schwinden.

Dieses Exanthem recidivirt sehr oft und ist dann gewöhnlich mit noch wenigeren Efflorescenzen ausgestattet als vordem.

3. Unterart: Das papulöse Syphilid in gyris.

Dieses unterscheidet sich von dem vorhergehenden nur dadurch, dass die Efflorescenzen nicht isolirt, sondern wie bereits ausgeführt wurde, in Gruppen beisammenstehen, wodurch Gyri zu Stande kommen. Diese Gruppen sind mehr oder weniger gross, von 2—6 Centimetern und auch noch grösserem Umfange. Bisweilen nehmen sie eine ganze Körpergegend ein.

Von diesen angeführten Primordialformen gibt es einige verschiedene Varietäten:

I. Eine Varietät kommt dadurch zu Stande, dass die gewöhnlich geringfügige Schuppenbildung sehr reichlich ist. Die Papeln sind dann mit weissen oder grauen Epidermis-Lamellen bedeckt, welche rasch abfallen, und vor dem Abfallen derselben haben die Efflorescenzen eine grosse Aehnlichkeit mit jenen der Psoriasis vulgaris; daher der Name Psoriasis syphilitica oder psoriasisähnliches, papulöses Syphilid.

Bisweilen ist die Aehnlichkeit zwischen der syphilitischen und vulgären Psoriasis so gross, dass sie sehr leicht miteinander verwechselt werden können. Aus diesem Grunde sind die Differentialpunkte beider in folgender Synopsis nebeneinander dargestellt.

Psoriasis syphilitica per totam cutem dispersa.	Psoriasis vulgaris.
1. Die Oberfläche der einzelnen Papeln ist fast immer unvollständig mit Schuppen bedeckt und zum Theile entblösst. Manchmal ist nur ein Kranz von Schuppen in der Umgebung der Papeln vorhanden.	1. Die Oberfläche der Efflorescenzen ist viel vollständiger mit Schuppen bedeckt, als bei dem ähnlichen syphilitischen Exantheme. Sehr oft ist die ganze Efflorescenz mit Schuppen bedeckt.
2. Die Schuppen sind zart, dünn, klein, oberflächlich graulich.	2. Die Schuppen sind gross, dachziegelförmig übereinander gelagert und bilden einen lamellösen Ueberzug über die Efflorescenzen, eine Art Epidermidalschild. Die Schuppen sind weiss und perlmutterähnlich.
3. Die Papeln sind vorspringend, in ihrem von Schuppen entblössten Antheile dunkelroth (Farbe des frisch angeschnittenen Schinkens, kupferfarbig).	3. Die Farbe ist weniger dunkelroth in dem von den Schuppen entblössten Antheile.
4. Die Haut ist mehr resistent im Umfange der Papel. Bisweilen hat man an der Oberfläche das Gefühl einer Resistenz wie bei dem „Pergament-Schanker“.	4. Die Haut ist mehr verdichtet als resistent im Umfange der Efflorescenz.
5. Die Papeln sind gewöhnlich klein oder von mittlerer Grösse, oft rund, kreisförmig, oder eine Reihe von Kreissegmenten bildend.	5. Die Efflorescenzen sind bisweilen klein (Psoriasis punctata), aber oft grosse und ausgedehnte Gyri bildend.
6. Keine charakteristische Localisation, ausgenommen ist Psoriasis palmaris und plantaris.	6. Charakteristische Localisation am Ellbogen und am Knie auf der Streckseite.

7. Kurze Dauer gegenüber der Psoriasis vulgaris.	7. Chronische Dauer.
8. Gewöhnlich schnelle Umwandlung unter Einfluss des Mercur.	8. Mercur übt keinen Einfluss.
9. Syphilitische Antecedentien, bisweilen noch andere Symptome von Syphilis vorhanden.	9. Keine syphilitischen Antecedentien und keine anderweitigen Symptome von Syphilis vorhanden; es wäre denn, dass Psoriasis syphilitica und vulgaris gleichzeitig an einem Individuum vorkommen.

II. Findet man bisweilen so stark entwickelte Efflorescenzen, dass dieselben wie in die Haut eingebettete Linsen erscheinen, so resistent sind sie. Es ist ganz dieselbe Wahrnehmung wie beim „Pergament-Schanker". In anderen Fällen ist die Papel so sehr verjüngt, dass man sie beim Tasten nicht wahrnimmt.

III. In Bezug auf die Configuration gibt es solche hieher gehörige Exantheme, bei denen die einzelnen Efflorescenzen, welche Gruppen bilden, gleichmässig vorspringen, und dann gibt es wieder Exantheme, bei denen die einzelnen Gruppen von Efflorescenzen im Centrum schüsselförmig vertieft sind. Die Papel hat im letzteren Falle zweierlei Farben, während der mehr periphere, grössere Theil eine Normalfarbe hat, ist das Centrum dunkel- oder schwarzbraun.

IV. Oft bilden die Papeln Gruppen, welche die Kreisform oder Derivate der Kreisform darstellen.

V. Wenn die Papel auf einer Hautfalte sitzt, so spaltet sie sich sehr oft im Niveau dieser Falte und wird da zu einer erodirten Furche, zu einer Schrunde, zu einer Spalte, welche etwas Secret absondert, oder sich mit kleinen Krusten bedeckt. Dies bemerkt man gewöhnlich an den Mundwinkeln, Nasenflügeln, der Kinnfurche, der Anlagerungsstelle der Ohrmuschel an die Haut des Schädels u. s. w. Daneben kommt noch ein anderes differentes, aber für die Diagnose äusserst interessantes, pathologisches Produkt vor; in der Gegend der Nasenflügel findet man nämlich auf den übrigens mehr oder weniger deutlich entwickelten Papeln eine Reihe körnchengleicher, kleiner, warzenförmiger, papillärer Erhebungen. Die fast mikroskopischen Vegetationen dieser Art sind trocken, grau, schuppig und scheinen durch eine papilläre Hypertrophie zu entstehen, deren Produkte mit Epidermidal-

schollen bedeckt sind. Diese Wucherungen auf papulösem Grunde kommen nur der Syphilis zu. Sie sind dadurch, obschon an und für sich geringfügig, sehr wichtig für die Diagnose. Man hat diesen Efflorescenzen den eigenen Namen gegeben: das granulöse Syphilid der Nasenflügel, wiewohl es nicht ausschliesslich an den Nasenflügeln vorkommt, sondern auch in der Kinnfurche, in der Auriculo-temporal-Falte zu finden ist.

§ 50. Die häufigste und wichtigste Varietät der im Vorhergehenden geschilderten Exantheme ist die Psoriasis palmaris und plantaris. Ein typischer Fall dieser Erkrankung bietet folgendes Aussehen: Auf der Hohlhand oder der Beugefläche der Finger, besonders in der Gegend der Gelenksfalten bilden sich anfangs kleine, rosenrothe, später tiefer rothe, stecknadelkopfgrosse Flecke. Sie vergrössern sich allmälig bis zum Umfange einer Linse und werden leicht vorspringend. Man erkennt sie viel leichter durch das Getaste als durch das Gesicht als Papeln. Unter dem Fingerdrucke bieten sie nämlich eine gewisse Resistenz und geben die Empfindung, wie von einer umschriebenen Verdichtung des Derma. Manchmal sind sie so hart, dass es den Anschein hat, als ob Schrotkörner in die Haut eingeschossen worden wären. Ueber diesen Papeln hebt sich dann später die Epidermis ab, sie erneuert sich, stösst sich aber bald wieder ab, so dass die Oberfläche der Efflorescenz ganz von Epidermis entblösst, dunkelroth erscheint und zum Theile mit losgestossenen Epidermidalschollen bedeckt ist. In der Umgebung der Papeln findet sich ringsum eine von Schuppen gebildete Leiste, welche von dem Bersten der Epidermis herrührt. Wenn die Erkrankung das Höhestadium ihrer Entwickelung erreicht hat, finden sich zahlreiche solche linsengrosse und über linsengrosse, gewöhnlich runde, mehr oder weniger resistente, kaum vorspringende, häufig sogar flache, trockene, runzelige Efflorescenzen, welche immer von einem Saume abgehobener, weisser Epidermisschuppen umgeben sind. Wenn sie nur unvollständig mit Epidermidalschuppen bedeckt sind, kann man die eigenthümliche Färbung der Efflorescenzen sehen. Dieselbe variirt von dunkelroth bis zu blassroth. In der oberflächlichsten und gutartigsten Form der Affection ist die Farbe grauroth. Da kann man die vorhandene Normalfurche der Haut mit einem gypsartigen Belege wie schraffirt sehen. Das sind die typischen Fälle, welche mannigfach modificirt sein können.

Die Modificationen sind folgende: Anstatt, dass sich linsenförmige,

isolirte Efflorescenzen entwickeln, zeigen sich bisweilen grosse, unregelmässige Plaques von 2—4 Centimeter Länge und verschiedener Breite, welche gewöhnlich den Richtungen der Palmarfurchen entsprechen. Diese Plaques sind trocken, vollständig der Epidermis beraubt, rauh, stellenweise mit Schuppen bedeckt und dunkelroth; in gewissen, ziemlich seltenen Fällen sieht man die Handteller in grösserer Ausdehnung, manchmal vollständig mit Plaques dieser Art bedeckt. Diese Varietät nennt man Psoriasis palmaris in gyris.

Bei der Psoriasis palmaris, welche man ganz mit Unrecht als eine Psoriasis bezeichnet, denn sie hat nur eine sehr entfernte Aehnlichkeit, und auch diese nur während eines gewissen Stadiums, mit der Psoriasis vulgaris, bieten die Papeln dem Getaste eine gewisse Resistenz, welche von dem in die Haut eingelagerten Neoplasma herrührt. Manchmal hat man das Gefühl, als ob die Einlagerungen nur Kartenblattdicke hätten, manchmal aber hat man die Wahrnehmung, als würde man ein Hühnerauge betasten; daher für einzelne Fälle die Bezeichnung Psoriasis palmaris cornea. Die besondere Härte, welche in derartigen Fällen wahrzunehmen ist, rührt einerseits von Infiltrationen in die Haut her und andererseits von übermässigen Epidermidal-Wucherungen, deren Ergebnisse sich schichtweise über den Efflorescenzen ablagern und daselbst ein resistentes Schild bilden. An und für sich ist die Psoriasis palmaris nicht schmerzhaft, kann es aber unter gewissen, mit ihr nur im Nexus der Coincidenz stehenden Bedingungen werden. Dies ist besonders der Fall bei Leuten, welche ein Handwerk treiben, in Folge dessen sie schwielige Hände bekommen, in deren Spalten die Efflorescenzen der Psoriasis palmaris und plantaris ebenso wie in der Gegend der Handfurchen und Gelenksfalten rissig werden. Es entstehen da Schrunden, welche durch immerwährende Bewegungen sich infiltriren, deren Ränder erhaben werden, die sich ausbreiten, vertiefen, sich schliessen, wieder öffnen, mit einem dichten, hornigen Epidermidal-Lager bedecken oder umgrenzen, und endlich in, die Kranken in ihren Bewegungen genirende, oft äusserst schmerzhafte Geschwüre ausarten.

An den Füssen zeigt sich die Erkrankung mit folgenden Eigenthümlichkeiten: Sie sitzt da meist in der Mitte der Fusssohlen, manchmal auch in der Gegend der Zehen, seltener an der Ferse. Ihre Plaques bleiben immer einfache Flecke, welche man wegen des dichten Epidermidal-Lagers nicht immer deutlich wahrnehmen kann. Sie sind

weniger roth, wenigstens viel blässer als die gleichartigen Efflorescenzen der Hohlhand; kupferfarbig sind sie meist nur am inneren Fussrande. Die Abstossung der Epidermis erfolgt im Ganzen in viel dichteren Fetzen als an der Hand, was ja natürlich ist, da hier von Haus aus dichtere Epidermidal-Lager vorkommen. Die oben geschilderten Schrunden und Gruben sind hier nicht häufig, was erklärlich ist, weil, hier die anatomische Vorbedingung zur Bildung derselben, die Hautfurchen, nicht immer deutlich ausgeprägt sind. Deshalb sind diese Gruben dagegen fast immer vorhanden, wenn die Beugefläche der Zehen ergriffen ist. Endlich wird in der Gegend der Zehen die schuppige Psoriasis sehr oft zu einem Exantheme mit feuchten, erosiven, secernirenden Efflorescenzen, was seinen Grund in dem gegenseitigen Contacte der Theile und in der gewöhnlich hier vorhandenen Feuchtigkeit, in der Reibung, u. s. w. hat.

Die Psoriasis palmaris und plantaris ist eine ziemlich persistente Erkrankung. Behandelt dauert sie wenigstens mehrere Wochen, nicht behandelt besteht sie manchmal länger als ein Jahr. Die Dauer richtet sich nach der Verschiedenheit der Form; bei den oberflächlichen Formen, von denen die Haut gewissermassen nur gestreift wird, ist sie natürlich kürzer, als bei den durch tiefgreifende und förmliche Hornbildungen bedingten Erkrankungen. Auch das ist noch zu bemerken: wenn die Psoriasis eine erst spät aufgetretene Erkrankung an einem unvollständig im Beginne der Infection behandelten Individuum ist, so leistet sie gewöhnlich den Medicamenten einen hartnäckigeren Widerstand, als wenn sie, wie dies meistens der Fall ist, in einem mittleren Zeitabschnitte der Periode der Frühformen sich zeigt, und selbst wenn sie dann heilt, recidivirt sie häufig.

Eigentlich ist die Psoriasis palmaris und plantaris nichts anderes als ein lenticuläres, papulöses Syphilid in Gyris, und die angegebenen Modificationen hängen nur von anatomischen Verhältnissen des Sitzes des Leidens ab, welches in dieser Form nur an der Fusssohle und am Handteller vorkommt. Hinzuzufügen ist noch, dass sie eine semiologische Affection ist, die gewöhnlich an beiden Händen vorkommt oder an beiden Fusssohlen, und wenn sie an den Händen existirt, so findet sie sich meist, wenn auch nicht immer, gleichzeitig an den Fusssohlen. Sie hat eine hohe diagnostische Bedeutung, denn sie findet sich nur bei Syphilis. Man kann deshalb auf sie allein die Diagnose stützen, und es ist da, wie Ricord sagt,

die Diagnose der Syphilis dem Kranken auf die Handteller und die Fusssohlen geschrieben. Nur Eine Erkrankung könnte mit ihr verwechselt werden, und das ist ein Eczem zufällig am Handteller und der Fusssohle localisirt. Der Wichtigkeit wegen seien die unterscheidenden Merkmale zwischen diesen beiden Krankheiten hier synoptisch nebeneinandergestellt.

Syphilitische Psoriasis palmaris.	Eczema palmae manus.
1. Die Efflorescenzen sind an einem Individuum immer von einem Typus.	1. Die Efflorescenzen sind gewöhnlich polymorph (nach Bazin).
2. Die Erkrankung ist nicht an und für sich pruriginös und wird es nur durch die oben erwähnten leicht zu erkennenden Umstände.	2. Die Erkrankung ist pruriginös.
3. Die Efflorescenzen bestehen in mehr oder weniger resistenten, in die Haut eingelagerten Neubildungen, zu welchen sich dann accessorisch oberflächliche Schuppenablagerungen gesellen.	3. Die Erkrankung bietet die herpetische Beschaffenheit des Eczems, bei welchem bekanntlich keine Neubildung nachweisbar ist.
4. Die Abschuppung ist trocken. Die Plaques sind oft resistent, bisweilen hornartig.	4. Die Abschuppung ist gleichzeitig trocken und feucht und hornige Plaques bilden sich fast nie.
5. Die Plaques haben eine Tendenz, sich in Kreisform zu gruppiren.	5. Die Plaques haben keine Tendenz, sich in Kreisform zu gruppiren.

* * *

3. Art. Das feuchte papulöse, papulo-erosive Syphilid. Der Name sagt schon, dass die Efflorescenzen dieses Exanthems nicht wie die der früheren trocken oder mit Schuppen bedeckt, sondern feucht, erosiv und secernirend, wie die Papeln der Schleimhäute sind. Deshalb nennen sie auch einzelne Autoren plaques muqueuses der Haut, mit welchen letzteren zugleich sie abgehandelt werden sollen.

4. Art. Das papulo-crustöse Syphilid. Es kommt zuweilen vor, dass die syphilitischen Papeln ein Fluidum secerniren, das zur Kruste vertrocknet. Diese Papeln heissen dann in ihrer

[illegible] ein papulo-crustöses Syphilid und dieses nähert sich in seinem Aussehen den pustulo-crustösen Syphiliden.

Die Kruste der einzelnen Efflorescenzen entspricht ihrer Ausdehnung, denn letztere sind, mit Ausnahme der Ränder, von der Kruste nahezu vollständig bedeckt. Sie ist nur wenig dicht, im Allgemeinen an ihrer Oberfläche uneben, trocken und gebrechlich, von verschiedener Farbe, bald gelb, braun, dunkelbleigrau, schieferfarbig. Wohl zu beachten ist, dass sie die Papel gewissermassen immer krönt, und dass sie nicht wie andere Krusten, von denen später gesprochen werden soll, von dem umgebenden Gewebe eingerahmt ist. Sie ist auch wenig adhärent und stösst sich leicht los. Ist letzteres geschehen, so findet man unter ihr eine trockene oder beinahe trockene Papel. Die Oberfläche des Derma ist nicht ulcerirt. Dieser negative Befund ist sehr wichtig, denn er unterscheidet das papulo-crustöse Syphilid von den pustulo-crustösen Syphiliden, bei welchen letzteren das Derma immer mehr oder weniger angegriffen, bisweilen sogar ulcerirt ist, so dass man bei ihnen unter der Kruste immer einen Substanzverlust findet, was bei den papulo-crustösen Syphiliden niemals der Fall ist. Auch das ist noch ein Unterschied, dass das papulo-crustöse Syphilid sich rascher zurückbildet als die pustulo-crustösen Syphilide. Es genügen einige örtliche Mittel, Cataplasmen, ölige Einreibungen, deckender Verband, um die Kruste zu beseitigen. Dann bleiben nur noch die trockenen Papeln übrig, welche sich in der oben angegebenen Weise (atrofiren, Zurücklassung eines Fleckes, der allmälig abblasst), zurückbilden.

Dieses Syphilid besteht gewöhnlich aus isolirten, linsenförmigen, runden Papeln von der Grösse eines Kreuzers und darüber. Bisweilen kommen auch conglomerirte Papeln vor, welchen Krusten von ziemlicher Ausdehnung entsprechen. Man bemerkt sie besonders im Gesichte, auf der Stirne, in der Umgebung der Lippen, auf den Nasenflügeln; auch in behaarten Partien, auf der Kopfhaut, im Barte, am Venusberg, u. s. w.

§ 51. 3. Gattung. Squamöse Syphilide.

Sie sind sehr selten, so dass ihr Vorkommen noch von Einzelnen bestritten wird. Man behauptet nämlich dass die Schuppenbildung nicht als Primär-Erkrankung, sondern als Consecutiv-Veränderung nach einer anderen primären aufzufassen sei. Fournier aber gibt an, syphilitische Efflorescenzen bemerkt zu haben, welche in allen Stadien gleichförmige,

nicht papulöse, oberflächliche, gelbliche nicht juckende Flecken bildeten, die ein pityriasisähnliches Aussehen hatten und ein sehr feines Schuppenlager besassen, wie es bei der Pityriasis vulgaris vorkommt. Diese Flecken zeigen sich, durch die Lupe besehen, von Parallelfurchen durchzogen, welche nichts anderes sind, als die durch die Erkrankung der Epidermis stark ausgeprägten präexistenten Furchen. Man könnte sie auch das pityriasisähnliche Syphilid nennen.

§ 52. 4. Gattung. Vesiculöse Syphilide.

1. Art. Das varicellaähnliche Syphilid entsteht gewöhnlich unter Fiebererscheinungen. Es bilden sich roth umschriebene Flecke, auf denen sich gleichzeitig ein Bläschen erhebt. Letzteres entwickelt sich zu einer kugeligen, zugespitzten, conischen Blase von der Grösse eines Hirsekornes. Diese Blasen sind angefüllt mit einer durchscheinenden Serosität, die sich trübt und pyoïd, gelblich zu werden scheint. In diesem Stadium zeigen die Efflorescenzen eine gewisse Aehnlichkeit mit den Blattern, weshalb das Exanthem auch Variola syphilitica genannt wird. Später bilden sich braune Krusten an der Oberfläche dieser Blasen, der Pusteln, endlich fallen die Krusten ab, die Consecutivflecken bleiben ziemlich lange bestehen, dann schwinden sie ohne eine Narbe zurückzulassen. Dieses Exanthem ist fast immer wie eine Variolois verbreitet, nur selten confluirend und entwickelt sich in aufeinanderfolgenden Nachschüben.

2. Art. Das syphilitische Eczem manifestirt sich im Beginne durch mehr oder weniger ausgebreitete Flecke, an deren Oberfläche sich in Tüpfelform Bläschen entwickeln, die dem Ausschlage einige Aehnlichkeit mit dem état ponctueux eines Eczem verleihen; später werden diese Flecke erosiv und secernirend, dann bedecken sie sich stellenweise oder in ihrer ganzen Ausdehnung mit zarten, leichten, gelben, gelblichen, nicht consistenten Krusten. Diese fallen ab und die Flecken bleiben zurück, welche ohne Narbenbildung schwinden. Die Prädilectionsstellen dieser äusserst seltenen Varietät sind Gesicht und Hodensack.

3. Art. Das herpes-ähnliche Syphilid (Synonyme: das miliäre oder miliär-pustuläre Syphilid) ist das wichtigste von den vesiculösen Syphiliden. Die einzelnen Efflorescenzen sind Bläschen, welche Papeln aufsitzen und einen Tropfen Serosität enthalten. Die Weiterentwickelung besteht darin, dass das Bläschen platzt und sein Inhalt zu einem Krüstchen vertrocknet. Das Bläschen kommt eigentlich

nur während des ephemeren Anfangstadiums des Exanthems vor, und es zeigt sich diese Art von Eruptionen meist entweder in der Form kleiner röthlicher wenig vorspringender Erhabenheiten, welche der Epidermis beraubt und an ihrer Spitze von einem graulichen Kranze von Epidermisschuppen umsäumt sind, oder kleiner Papeln, welche braune, trockene, adhärente Krüstchen tragen. — Das Exanthem besteht einige Zeit, wenigstens mehrere Wochen in diesem Stadium. Dann tritt in der bekannten Weise die Rückbildung ein, die Krüstchen stossen sich ab, die Papeln werden flach und es bleiben braune Flecke, über welche die Epidermis sich erneuert und die allmälig schwinden.

Was dem herpes-ähnlichen Syphilide einen speciellen Ausdruck gibt, ist die Zartheit der Efflorescenzen und die Geneigtheit derselben zum Zusammenfliessen. Sie sind nämlich stecknadelkopfgross oder hirsekorngross wie beim gewöhnlichen Herpes, und das ist auch der Grund, weshalb einzelne Autoren dieses Exanthem als ein miliäres Syphilid bezeichneten. Sie sind ferner gewöhnlich enorm zahlreich; in Kreisform, Ringen, Halbmonden gruppirt und kommen besonders an den Gliedern und am Stamme vor, fast nie im Gesichte, an Händen und Füssen. Meistens ist das Syphilid über den Körper ausgebreitet, anderemale ist es auf circumscripte Stellen beschränkt. Es tritt entweder im ersten oder zweiten Jahre nach stattgefundener Infection, nach Bazin beim Weibe häufiger als beim Manne auf und gehört im Ganzen zu den gutartigen Exanthemen, denn es ist gutartig an und für sich, indem es sich leicht zurückbildet, gutartig in Bezug auf die Diathese, weil es kein Zeichen einer schweren Form der Syphilis ist und keine traurige Prognose für die Zukunft eröffnet.

§ 53. 5. Gattung. Die pustulösen, pustulo-crustösen Syphilide.

Das sind die unter den hier abgehandelten Exanthemen am ernstesten zu nehmenden. Ursprünglich treten ihre Efflorescenzen als Pusteln auf, welche aber die Tendenz haben, zu platzen und Krusten zu bilden, und während die Pusteln nur ein ephemeres Dasein haben, bestehen die Krusten längere Zeit, weshalb die pustulo-crustösen Syphilide meist im Stadium der Krustenbildung zur Beobachtung kommen. Man könnte sie auch pustulo-erosive oder pustulo-ulceröse Syphilide nennen, denn ihre Kruste ist nur eine Decke für einen seichteren oder tieferen Substanzverlust der Haut. Deshalb eitern auch alle diese Syphilide. Hebt man demnach eine solche Kruste mit dem Fingernagel ab, oder

beseitigt man sie allmälig durch Erweichen vermittelst Cataplasmen so findet sich unter ihr Eiter. Die hieher gehörigen Syphilide zerfallen in 3 Arten: 1. Das acneähnliche, 2. das impetiginöse und 3. das ecthymatöse Syphilid.

1. Art: Das acneähnliche Syphilid. Es ist selten und gutartig; seine einzelnen Efflorescenzen sind denen der Acne vulgaris ähnlich. Sie bestehen in dunkelrothen, stecknadelkopf- bis halb erbsengrossen harten Erhebungen, die an ihrer Spitze eine geringe Eiteransammlung haben, welche die Epidermis zu Bläschen emporwölbt. Nach einiger Zeit platzt das Bläschen und es bildet sich ein braunes oder bernsteingelbes, zartes, adhärentes Krüstchen; unter demselben findet sich eine oberflächliche Erosion der Haut. Die Rückbildung erfolgt in der bereits mehrfach wiederholten Weise: die Kruste stösst sich ab, der Knoten wird flach, es bleibt ein Fleck, der abblasst und nach demselben eine seichte Narbe, welche ziemlich oft schwindet. Verwechselt kann dieses Syphilid nur mit der Acne vulgaris werden. Aber letztere ist 1. ein chronisches Exanthem, welches oft in der Jugend beginnt, um sich durch unbestimmte Zeit bis ins reifere Alter hinzuziehen. 2. Hat die Acne vulgaris gewisse Prädilectionsstellen, z. B. die Stirn, die Schultern, den Rücken, die obere Partie des Thorax. 3. Sind die einzelnen Efflorescenzen der Acne vulgaris gleichzeitig immer in verschiedenen, weit auseinanderliegenden Entwicklungsstadien. Einzelne sind im Beginne, andere auf der Höhe der Entwicklung, andere auf dem Wege der Rückbildung oder auch bereits bei der Narbenbildung angelangt, und das gibt dem Exanthem der Acne vulgaris eine ganz specifische Physiognomie.

Die Acne syphilitica dagegen ist vorübergehend, und man könnte sagen, acut in ihrem Verlaufe. Sie hat keine Prädilectionsstellen und besteht meist aus Efflorescenzen, welche alle in demselben Alter und in demselben Entwicklungsstadium stehen, immer vereinzelt sind, und sich meist im Gesichte, auf der behaarten Kopfhaut, am Thorax und am Halse finden. Sie ist bei Weibern vielleicht häufiger als bei Männern. Selten kommt sie allein vor, meist mit anderen papulösen Syphiliden gleichzeitig. Sie ist gutartig an und für sich und gutartig in Bezug auf die Prognose der Diathese im Ganzen.

2. Art: Das impetiginöse Syphilid.

1. Unterart: Das impetiginöse Syphilid schlechtweg. Es ist ein pustulo-crustöses Syphilid und unterscheidet sich von

den anderen Arten dieser Gattung dadurch, dass es 1. gewöhnlich mit kleinen zahlreichen gruppirten Pusteln auftritt, welche sehr nahe aneinanderstehen und alle miteinander von einem rothen Hofe umgeben sind; 2. dadurch, dass es später granulöse, dicke, gelbe, eigenthümlich gestaltete Krusten bildet. Diese Krusten, deren Entwicklung bald dem Stadium der Pustelbildung folgt, haben immer eine gewisse Ausdehnung, denn sie sind das Ergebnis von mehreren benachbarten, zusammengeflossenen geplatzten Pusteln, deren Inhalt eintrocknete. Aus demselben Grunde sind sie granulös; denn die einzelnen Krüstchen, welche sie zusammensetzen, behalten, obsch on sie zusammenfliessen noch immer ein Zeichen ihrer ursprünglichen Isolirtheit. Diese Krusten sind nicht lamellös und flach, sondern dick, trocken, porös und gebrechlich. Endlich haben sie immer eine mehr weniger gelbe, manchmal bernsteingelbe Färbung, während z. B. die Krusten des Ecthyma vulgare eine mehr braune Farbe haben. — Wegen der Schwierigkeit der Differential-Diagnose folgt eine Synopsis der Eigenschaften, welche den Krusten der Impetigo syphilitica und jener welche den Krusten des Ecthyma vulgare zukommen.

Die Kruste der Impetigo syphilitica.	Die Kruste des Ecthyma vulgare.
1. Die Kruste ist dick, ungleich, granulös.	1. Die Kruste ist weniger erhaben, mehr gleichmässig, lamellös, conisch, terassenförmig, nicht granulös.
2. Die Kruste ist porös, gebrechlich.	2. Die Kru ste ist derber, härter, resistenter.
3. Die Kruste ist wenig adhärent, leicht abfallend.	3. Die Kruste ist adhärent.
4. Die Kruste hat eine gelbe Farbe in hellerem Ton als die ecthymatöse Kruste.	4. Die Kruste ist braun, manchmal sogar schwarz, aber immer dunkel.
5. Die Kruste ist erhaben über die Erosion, welche sie bedeckt, nie von ihr eingerahmt, manchmal sogar die Grenze der Erosion überdeckend.	5. Die Kruste ist eingerahmt von den Rändern der von ihr bedeckten Ulceration.

Unter diesen Krusten ist die Haut gewöhnlich nur oberflächlich afficirt. Bisweilen, wenn das Exanthem etwas älter ist, ist die Erosion unter der Kruste nicht vertieft, sondern im Gegentheil ihr Grund

ist erhaben wie papulös, so dass, wenn die Kruste abfällt, die Erosion eine Art Papel darstellt. Auch überragt die Kruste der syphilitischen Impetigo den Umfang der Erosion der Haut (wie in der Synopsis angedeutet wurde). In Folge dessen fällt sie leicht ab. Diese Form des Exanthems hat nur wenig Tendenz zur Ausbreitung und bleibt fast immer umschrieben. Sie liebt vorzugsweise die behaarte Kopfhaut, besonders in der Gegend des Bartes, der Augenbrauen, des Venusberges; dann kommt sie aber auch im ganzen Gesichte vor, namentlich an der Stirne, an den Nasenflügeln, an den Mundwinkeln, in der Kinnfurche. Selten ist sie an den Extremitäten.

Wie bei allen pustulo-crustösen Syphiliden erfolgt die Rückbildung durch Abfallen der Kruste, Vernarbung der unter ihr befindlichen Haut, worauf ein Fleck zurückbleibt oder eine oberflächliche Narbe, welche beide nach einiger Zeit schwinden, oder von denen die letztere mehr oder weniger deutlich fortbesteht.

Die Impetigo syphilitica gehört noch zu den g u t a r t i g e n Exanthemen, denn einerseits heilt sie leicht und andererseits ist sie nicht von schlechter Prognose für die Diathese. Allerdings ist nicht zu läugnen, dass, wenn sie stark zusammenfliessend ist und noch mehr, wenn sie sich zeitlich bei lymphatischen blonden Individuen mit schlaffem Fleische und von weichlicher Constitution findet, auch sie da keine besonders gute Prognose gestattet, wenigstens zeigt sie die Geneigtheit der syphilitischen Erkrankung des Individuums zur Bildung von feuchten, eiternden und ulcerirenden Formen an. Das gilt besonders bei den Frauen.

Von der Impetigo vulgaris ist die syphilitica in folgender Weise verschieden: Die Impetigo syphilitica hat, wie gesagt, ockerfarbene Krusten, welche dunkler sind als die honiggelben, goldgelben der Impetigo vulgaris. Die ersteren sind mehr zerstreut und bilden nicht so häufig Gyri als die letzteren. Bisweilen haben sie eine runde Gestalt; sie sind ferner härter, trockener, gebrechlicher, finden sich besonders an gewissen Stellen; aber alle diese Symptome können fehlen oder so wenig entwickelt sein, dass die Differential-Diagnose dadurch äusserst schwer wird und nur die Betrachtung der vorausgegangenen oder gleichzeitigen anderen Symptome der Diathese, oder die Methode per exclusionem die Diagnose ermöglichen kann. Daraus erhellt, was auch von allen anderen syphilitischen Exanthemen gilt und was bereits angedeutet wurde, dass man a u f d a s A u s s e h e n d e s E x a n t h e m s a l l e i n k e i n e D i a g n o s e b a s i r e n k ö n n e, sondern dass es zu diesem Behufe der Gesammt-

betrachtung des Status des Kranken, ferner der Erwägung seiner Vergangenheit, soweit sie sich auf die fragliche Diagnose bezieht, bedarf.

2. Unterart: Impetigo syphilitica rodens. Sie unterscheidet sich von der vorhergehenden 1. durch den mehr lividen und grösseren Hof um die Efflorescenzen; 2. durch die resistenteren, festeren Krusten, welche mehr aus einem Guss zu sein scheinen und denen des Ecthyma ähnlicher sind; 3. und das ist der Hauptunterschied, durch die Ulcerationen, welche die Krusten bedecken und die in einem tiefen Substanzverluste der Haut bestehen, Tendenz zur Ausbreitung haben und die benachbarten, unterliegenden Gewebe bedrohen. Dieses Geschwür ist wenigstens im Beginne rund, mehr oder weniger grubig, mit steilen Rändern, gelbem Grunde und stark eiternde, wenn es durch den Verlust der Kruste blosgelegt ist. Es bietet im Allgemeinen betrachtet, eine gewisse Aehnlichkeit mit dem einfachen weichen Schanker. Kaum ist die Kruste abgefallen und das Geschwür sich selbst überlassen, so bedeckt es sich schon mit neuen Krusten. Wird es nicht behandelt, so breitet es sich excentrisch in folgender Weise aus: Die Epidermis hebt sich am Rande des Geschwüres oder vielmehr der Kruste in Form von anulären Pusteln. Diese Pustularzone bildet eine neue Kruste und diese maskirt die Fortschritte der unter ihr liegenden Ulcerationen. Der ulceröse Process erneuert sich fortwährend in derselben Weise und so erlangt der Substanzverlust manchmal beträchtliche Dimensionen. Auf diese Art kann es geschehen, dass sich in Folge jener Vergrösserung einzelne Gruppen von Efflorescenzen vereinigen und Gyri bilden, welche die Grösse der Hohlhand und darüber erreichen. Diese Form von Impetigo kommt fast immer nur in einer Region vor und leider sehr häufig im Gesichte. Manchmal nimmt diese schon an und für sich traurige Erkrankung auch noch den phagedänischen Charakter an und vergrössert sich dadurch noch mehr. In diesem Zustande trotzt sie aller Therapie.

Die Impetigo rodens ist immer ein ernst zu nehmendes Exanthem, ernst schon an und für sich, denn es heilt langsam, schwer und mit untilgbaren Narben; es ist aber auch andererseits ein Zeichen von einer bösen Form von Syphilis, denn es zeigt sich nur an erschöpften Individuen, ist auch meist der Vorläufer von noch viel ärgeren Manifestationen der Syphilis, deren Träger dann durch zahlreiche und intensive Recidiven schliesslich zu Grunde gehen. Bisweilen findet man eine Erklärung für das Auftreten dieses Exanthems in vorhandener Scrophulose in

einer durch verschiedene Veranlassungen geschwächten Constitution. Manchmal aber findet man es auch ausser dieser und jeder Combination an Individuen, welche sonst, wenn man davon absieht, dass sie Syphilis haben, ganz gesund sind. In solchen Fällen ist man gezwungen, eine gewisse Malignität der Syphilis, die sie nicht immer besitzt, als vorhanden anzunehmen.

3. Art: Das ecthymatöse Syphilid ist dem Ecthyma vulgare ähnlich und hat zwei Unterarten:

1. Unterart. Das oberflächliche Ecthyma syph. (Synonima: das platte, lenticuläre, erosive Ecthyma syphiliticum). Dieses Exanthem ist ziemlich häufig, tritt unter den syphilitischen Hautausschlägen früh auf, ist gutartig, durch welche Eigenschaften es sich von der zweiten Unterart unterscheidet. Man findet es in der Periode der Frühformen ziemlich oft allein, manchmal auch mit anderen Exanthemen in Fällen von mittlerer oder geringerer Intensität der Diathese. Der Verlauf ist folgender: Es zeigen sich kleine, linsengrosse Pusteln, rund, abgeplattet, an der Basis nicht indurirt, mit einem dunkelrothen Hofe umgeben und ziemlich ähnlich den Pusteln der Variola, aber von ephemerer Dauer, sie trocknen rasch oder platzen und an ihrer Stelle bilden sich entsprechend grosse Krusten von 2—4 Millimeter Durchmesser, welche braun, zart und nur schwer von der Unterlage zu trennen sind. Ist aber dies geschehen, so findet man unter der Kruste eine oberflächliche Erosion, welche eitert und die sich selbst überlassen, sich bald wieder mit einer Kruste bedeckt. Man sieht, dass diese Syphilide mit einer Variolois grosse Aehnlichkeit haben. Die regressive Phase des Verlaufes besteht darin, dass nach verschieden langer, aber immer ziemlich beträchtlicher Dauer der Entzündungshof abblasst, verschwindet, die Erosionen vernarben, die Krusten sich lockern und endlich abfallen. Dann bleibt eine Narbe, welche anfangs pigmentirt ist, langsam abblasst, eine Zeit hindurch besteht und endlich vollständig verschwindet.

Dieses Exanthem ist am häufigsten von allen syphilitischen Ausschlägen, mit anderen z. B. Papeln, sogar mit Roseola combinirt. Doch kommt es auch oft allein vor und ist dann mehr oder weniger zusammenfliessend (es bietet in solchen Fällen das Aussehen einer Variolois). Bald ist es über den ganzen Körper ausgebreitet, bald ist es nur auf bestimmte Gegenden, manchmal sogar nur auf Eine bestimmte Gegend beschränkt. Im letzteren Falle findet man es besonders häufig an den unteren Extre-

mitäten, in der Gegend der Tibien, dann an der Stirn, am Nacken, an den Grenzen der behaarten Kopfhaut, an den Seitentheilen des Halses, am Rücken, Hodensack, in der Crena ani, am Venusberge, am freien Rande der grossen Labien des Weibes. Diese Pusteln stehen bisweilen in Gruppen, welche die Kreisform besitzen oder Derivate derselben darstellen; häufig sind sie nicht gruppirt. Sich selbst überlassen, besteht das Ecthyma mehrere Monate und complicirt sich entweder mit ernsteren Formen oder mit Manifestationen der Syphilis in anderen Gebieten des Organismus. Wird es aber einer Behandlung unterworfen, so heilt es gewöhnlich leicht, ob man jetzt örtliche Mittel, z. B. Dampfbäder, anwendet oder nicht.

Zu verwechseln ist es nur mit dem Ecthyma, das die Krätze veranlasst. Es unterscheidet sich aber von letzterem dadurch, dass dieses erstens gewisse Lieblingsstellen hat, als: die Hände, die Gegend des Handwurzelgelenkes, die Hinterbacken, die Ruthe, die weibliche Brust; zweitens dass die Krätze mit Jucken verbunden ist; drittens dass die gewissen pathognomonischen Krätze-Milbengänge vorkommen; viertens dass der Entzündungshof bei den Krätze-Efflorescenzen gewöhnlich fehlt.

2. Unterart: Das tiefgreifende Ecthyma syph. ist eine viel ernster zu nehmende Erkrankung als das eben abgehandelte Exanthem, von dem es sich durch jene Eigenschaft unterscheidet, die der Name bezeichnet; man nennt es auch das tardive Ecthyma, weil es ziemlich spät nach der Infection, das ist etwa im zweiten Jahre, gewöhnlich noch später, manchmal erst während der Periode der Spätformen auftritt, so dass man sagen kann, es gehöre ebensogut zu den Früh- wie zu den Spätformen.

Wie das oberflächliche Ecthyma besteht es aus Pusteln, die sich mit Krusten bedecken und das Derma angreifen, nur sind die Pusteln hier grösser, die Krusten dicker und umfangreicher, die Ulcerationen ausgedehnter und mehr in die Tiefe reichend. Aber ausserdem unterscheidet noch der maligne Charakter, welcher ihm innewohnt, die schlechte Prognose, die es andeutet, dieses Ecthyma vom oberflächlichen.

Betrachtet man es näher, so findet man, dass die einzelnen Efflorescenzen im Initialstadium aus einer umfangreichen Pustel bestehen; diese ist rund, abgeplattet, umsäumt von einem dunkelrothen Hofe, angefüllt mit schlechtem, serösen, bisweilen rostfarbenem Eiter: sie besteht nicht lange, aber doch länger als die Pusteln der Impetigo syph.

und des oberflächlichen Ecthyma syph.; sie platzt, an ihrer Stelle bildet sich eine Kruste. Letztere ist in Bezug auf Ausdehnung der Initialpustel proportionirt, später vergrössert sie sich in dem Masse, als unter ihr die Ulceration fortschreitet und kann von der Grösse eines Kreuzers bis zu der eines Thalers vorkommen. Sie ist gewöhnlich rund, braun, dunkelbraun, bisweilen beinahe schwarz, bisweilen bouteillengrün; sie ist consistent, uneben, dick, compact, rigide, resistent, aus einem Stücke bestehend, nicht wie die Kruste der Impetigo zusammengesetzt. Genau betrachtet findet man, dass sie aus einer Reihe von übereinandergelagerten Schichten besteht, wodurch sie conisch, convex, terassenförmig, einer Austerschale ähnlich wird. Sie ist adhärent, umrahmt von den Rändern des unter ihr liegenden Geschwüres. Endlich hat sie einen rothen Hof, welcher mehrere Millimeter breit ist und der besonders an den unteren Extremitäten eine livide Färbung besitzt. Die Ulceration, welche von der Kruste bedeckt wird, ist tiefgreifend, grubig und durchsetzt das Derma in einem grossen Theile oder in der ganzen Dicke. Sie ist von regelmässiger Kreisform, wie mit einem Locheisen ausgeschnitten und ihre Ränder sind steil, der Grund ist uneben, wie angenagt, von verschiedener Färbung, bald grau, bald gelb, bald braun, livid, schwärzlich, secernirt viel und das Secret ist entweder dunkler Eiter oder eine mit Blut und Detritus untermischte, seropurulente Flüssigkeit. Eine solche Gewebszerstörung kann nur eine tiefe, untilgbare Narbe zurücklassen.

Nach ziemlich langer Dauer der Efflorescenz tritt der bereits mehrfach geschilderte Vorgang ein: Die Ulceration heilt, die Kruste stösst sich ab, der Grund hebt sich, bedeckt sich mit Granulationen und vernarbt endlich wie eine gewöhnliche Wunde. Selten geht dieser ganze Process *unter* der Kruste vor, so dass diese abfällt, wenn die Narbe schon nahezu vollendet ist. Letztere bietet einige Eigenthümlichkeiten; sie ist rund, vertieft, dunkelbraun, beinahe schwarz, und diese Pigmentation kann *mehrere Jahre*, besonders an den unteren Extremitäten bestehen; dann verliert sie sich allmälig. Auch *diese Verfärbung* kann bisweilen in dunklen Fällen der Periode der Spätformen ein wichtiger *Behelf zur Feststellung der Diagnose* sein.

Verwechselt werden könnten die ulcero-crustösen Syphilide nur mit dem *einfachen Ecthyma* (Ecthyma cachecticorum) oder mit den *pustulo-crustösen Scrophuliden*. Das *Ecthyma cachecti-*

corum hat folgende Kennzeichen: Es zeigt sich nur bei Kindern oder Greisen in Folge von Einwirkungen, durch welche die Constitution bedeutend erschüttert wird; es findet sich meist an den unteren Extremitäten und hat nicht in demselben Grade wie das Ecthyma syphiliticum die Tendenz zur Kreisform; die einzelnen Efflorescenzen sind von einem viel dunkler rothen Hofe umgeben; die Ulcerationen sind weniger tief. Die ulcerösen Scrophulide sind schon schwerer von den ulcerösen Syphiliden auseinander zu halten. Die Scrophulide haben weniger dunkle, dickere, weichere Krusten, ihre Geschwüre haben gezackte, unterminirte aber nicht steile Ränder, ihr Grund ist schwammig, ohne ein Aussehen darzubieten, als wäre er von einer Pseudomembran bedeckt. Sie haben keine Neigung, Krusten zu bilden, sind chronisch, leisten jeder Therapie Widerstand und sind schon dadurch charakterisirt. Alle diese Zeichen haben ihren Werth, aber auf sie allein kann man doch keine Diagnose gründen, sondern man muss, wie das schon wiederholt gesagt worden ist, die anderen gleichzeitig vorhandenen Symptome der Dyscrasie, die Antecedentien des Kranken, seine Constitution, Temperament, die Weiterentwicklung des Leidens berücksichtigen. Manchmal findet man Mischformen, von denen man sagen muss, dass sie sowohl den scrophulosen als syphilitischen Charakter haben. Man könnte sie Scrophulo-Syphilide nennen, und der Beweis ihres Zwitterwesens besteht darin, dass man weder mit einer rein gegen die Syphilis, noch mit einer nur gegen die Scrophulose gerichteten Therapie ihre Heilung bewerkstelligt.

Wenn die Efflorescenzen des ulcero-crustösen Syphilides zufälligerweise ihren Sitz an den Genitalien oder in der Umgebung derselben haben, so könnte man sie auch mit dem einfachen Schanker verwechseln.

Das Ecthyma profundum syph. hat in der Regel nur wenige Efflorescenzen und diese kommen gewöhnlich an den unteren Extremitäten, namentlich an der vorderen Fläche der Tibia vor. Daselbst treten sie meist in Gruppen auf, welche die Gestalt von Halbkreisen haben, fliessen bisweilen zusammen und stellen Krustenzüge von manchmal 15 Centimeter Länge und darüber dar. Bisweilen nehmen bei schwer erkrankten, herabgekommenen Individuen diese Züge den phagedänischen Charakter an, manchmal auch ahmen sie die serpiginösen Geschwüre nach, indem sie an dem einen Ende heilen, an dem anderen fortschreiten. Diese beiden Arten von Erkrankungen leisten oft lange Zeit jeder Therapie hartnäckigen Widerstand und erschöpfen die Kräfte des

Patienten durch Eiterung. Aber auch ausserdem, dass das eben abgehandelte Exanthem in diesen glücklicherweise nur in Ausnahmsfällen vorkommenden Formen auftreten kann, ist es eine schwere Erkrankung; denn 1. besteht es aus einer Reihe von wahrhaften Geschwüren, welche sich ausbreiten und entzünden; 2. hat es immer eine ziemlich lange Dauer und heilt, selbst behandelt, oft erst nach Wochen und Monaten; nicht behandelt oder misshandelt dauert es ununterbrochen noch länger, manchmal Jahre lang; 3. recidivirt es sehr häufig, so dass der Kranke oft viele Jahre zu leiden hat; 4. gibt es die schlechteste Prognose in Bezug auf das Allgemeinbefinden des Patienten und in Bezug auf den Grad der Diathese. Man beobachtet es auch nur bei Individuen, welche durch Zahl und Intensität der syphilitischen Manifestationen, die sie seit Beginn der Infection tragen, bedeutend herabgekommen sind und kann sicher sein, dass, wenn ein Syphilitischer schwere Formen schon hat, das Ecthyma profundum syph. auch nicht ausbleiben wird. In solchen Fällen häufen sich, überstürzen sich förmlich die syphilitischen Manifestationen; eine jagt die andere; und rasch durchläuft die Krankheit alle leichteren Formen, um zu den ernsteren, tardiven zu kommen. Daher geschieht es, dass das in Rede stehende Leiden immer mit syphilitischen Erkrankungen des splanchnischen Systems gleichzeitig beobachtet wird, oder dass, wenn es allein vorhanden ist, diese Erkrankungen bald folgen. Man kann auch deshalb aus seinem Vorhandensein den Schluss ziehen, dass es bald zum Auftreten von Erscheinungen der Periode der Spätformen kommen wird.

Ausserdem ist das Ecthyma profundum syph. ein Zeichen von Verarmung der Oeconomie des Organismus. Man findet es also an Individuen, welche entweder schon vor der Erwerbung der Syphilis oder durch die Erwerbung derselben geschwächt wurden, bei solchen, die durch Entbehrungen, Kränkungen, Debauchen, Gemüthsbewegungen, Nachtwachen, Fatiguen des täglichen Lebens herabgekommen sind, bei solchen, die eine scrophulöse, lymphatische Constitution haben, bei solchen, die eine zarte Constitution haben und bei denen die geringste Verletzung nicht ohne reichliche Eiterung heilt.

Das Ecthyma profundum syph. ist auch eine der Begleitungserscheinungen der syphilitischen Cachexie, sowie das vulgäre Ecthyma die durch andere Krankheiten bedingte Cachexie so häufig begleitet, dass es den Namen Ecthyma cachecticorum bekommen hat. Doch gibt es natürlich auch Ausnahmsfälle, in denen alle die das Ec-

thyma profundum syphiliticum gewöhnlich begleitenden Erscheinungen nicht auftreten und es auch, besonders wenn eine zweckmässige Behandlung rechtzeitig eingeleitet wird, einen milden Verlauf nimmt.

§ 54. 6. Gattung. **Die bullösen Syphilide.**

Sie gehören zu den pustulo-crustösen. Man unterscheidet zwei Arten: den Pemphigus und die Rupia.

1. Der Pemphigus syphiliticus. Er ist so selten, dass seine Existenz von Vielen bestritten wird.

2. Die Rupia syph. unterscheidet sich von dem Ecthyma profundum syph. nur dadurch, dass sie mit einer Blase anfängt, das ist mit einem grossen Hohlraum, viel voluminöser als eine Pustel und gefüllt mit einer opalinen oder pyoïden, bisweilen selbst sanguinolenten und wie hämorrhagischen Flüssigkeit. Die letztere Beschaffenheit hat der Blaseninhalt besonders bei Efflorescenzen an den unteren Extremitäten. In allem Anderen stimmt die Rupia syph. mit dem Ecthyma profundum syph. überein, weshalb eine Aufzählung der anderen Eigenschaften unterbleibt.

Von der gewöhnlichen Rupia (Rupia vulgaris) ist die syphilitica nur durch die Berücksichtigung der Antecedentien, der gleichzeitig vorhandenen, anderweitigen syphilitischen Manifestationen, u. s. w., wie dies auch bereits bei anderen syphilitischen, aber nicht syphilitischen ähnlichen Exanthemen auseinandergesetzt wurde, zu unterscheiden.

§ 55. 7. Gattung. **Die pigmentären oder epheliden Syphilide.**

Sie finden sich hauptsächlich bei den Weibern und unterscheiden sich von allen bisher abgehandelten. Sie bestehen in einer umschriebenen Pigmentation der Haut und haben grosse Aehnlichkeit mit den Sommersprossen, oder noch mehr mit den Leberflecken, wie wir sie z. B. bei Schwangeren wahrnehmen. Die Erkrankung ist nicht selten, aber auch nicht zu häufig; bei Männern findet sie sich meist nur, wenn sie eine zarte, weisse, transparente Haut haben. Diese Syphilide gehören der Periode der Frühformen an und treten beiläufig in der Mitte derselben, gegen Ende des ersten Jahres, im Verlaufe des zweiten Jahres auf. Meist, ja fast ausnahmslos, finden sie sich am Halse; doch beobachtet man sie auch, wiewohl äusserst selten am Thorax, Abdomen und an den Extremitäten.

Das Exanthem besteht in einer ockerfarbenen Marmorirung der Haut ohne regelmässige Gestalt der einzelnen Efflorescenzen. Es besteht aus Flecken, welche isolirt vorkommen, zusammen-

fliessen und bisweilen eine Art Netzwerk mit grossen Maschen darstellen, indem sie zwischen sich ziemlich ansehnliche Partien vollkommen normaler Haut lassen. Es sieht aus, wie wenn man die Haut mit einem in graugelbe Farbe getauchten Pinsel bestrichen hätte, oder wenn das Exanthem am Halse vorkommt, als ob sich das erkrankte Individuum den Hals nicht waschen würde. Die Kranken halten das Exanthem anfangs auch lediglich für Schmutz, bis sie sich überzeugt haben, dass dieser „Schmutz" durch Waschen nicht zu beseitigen ist. Es ist beinahe überflüssig zu erwähnen, dass diese Flecke keine Erhabenheiten besitzen, nicht abschuppen, nicht jucken und in Folge dessen sehr oft von dem Arzte und Kranken unbemerkt ablaufen. Sie haben keinen deutlichen Contour und gehen fast unmerklich in die normale Haut über, von der sie doch manchmal durch den Gegensatz der Farbe abstechen, so dass es scheint, die eingeschlossenen Inseln normaler Farbe seien viel weisser als sie es von Haus aus sind, und dieser Unterschied ist manchmal so gross, dass man diese Weisse für eine krankhafte — für die einer Vitiligo — hält. Viele Aerzte haben auch behauptet, die Flecken stellten eine Hyperchromie, die weissen Stellen eine Achromie dar. Dem gegenüber ist zu bemerken, dass diese Weisse hier um so lichter erscheint, weil die Umgebung dunkel ist, und dass eine Vitiligo als solche ohne jene Umrandung bei Syphilitischen fast gar nicht vorkommt. Ausserdem hat Tanturri bei der microscopischen Untersuchung dergestalt erkrankter Partien gefunden, dass die weissen Inseln in ihren Pigmentschichten die nämliche Pigmentmenge besitzen, wie normale Haut.

In Bezug auf das Zusammenfliessen und die Ausdehnung ist das pigmentäre Syphilid ziemlich verschieden; bald beschränkt es sich auf eine Seite des Halses, bald umgibt es den ganzen Hals, mitunter erstreckt es sich von dort aus auf die oberen Partien des Thorax, aber das ist ziemlich selten.

Auch verschiedene Nuancen der Pigmentirung gibt es: bräunliche, lichtere, dunklere, mehr graue oder mehr gelbe u. s. w.

Die Flecken sind ziemlich gross, angefangen von Linsengrösse bis zur Grösse eines Guldenstückes und darüber. Weil sie aber zusammenfliessend sind und Gyri darstellen, ist ihre Grösse sehr oft nicht genau zu bestimmen.

Dieses Exanthem dauert länger als andere Syphilide: mehrere Monate, oft mehrere Jahre und widersteht jeder Therapie, die Mercurialien nicht ausgenommen. Glücklicherweise hat diese Machtlosigkeit

der ärztlichen Kunst keine ernste Folge, die Erkrankung ist keine wichtige, keine schmerzhafte; sie ist nur langweilig und besonders den Frauen unangenehm, weil sie doch einigermassen entstellt.

Verwechselt könnte dieses Exanthem nur werden mit den Sommersprossen, mit den Pigmentationen der Cachectischen oder Tuberculösen, mit der Verfärbung der Haut bei der addissonischen Krankheit, welche letztere über den ganzen Körper gleichmässig ausgebreitet ist. Die Anamnese wird verhindern, dass man die Flecke dieses Exanthems mit den Flecken, welche das Ende der Syphilide sind, verwechselt. Nur eine Verwechslung mit Pityriasis versicolor ist leichter möglich. Das syph. Exanthem unterscheidet sich aber von dieser 1. dadurch, dass Efflorescenzen der letzteren leicht schuppen und immer wie fein bestaubt erscheinen; 2. dass sie gelber, mehr ockerfarbig, den von Milchkaffee herrührenden Flecken ähnlich sind; 3. ist die Pityriasis versicolor häufig von einem leichten Pruritus begleitet; 4. findet sie sich gewöhnlich nicht am Halse, oder nicht so häufig, wie das pigmentäre Syphilid; 5. und das ist das wesentlichste Unterscheidungsmerkmal, enthalten die Schuppen derselben einen microscopischen Pilz, das Microsporon furfur.

§ 56. Die Therapie, welche man gegen die Syphilide einschlägt, ist entweder eine curative oder präventive. Man kann, obgleich dies selten gelingt, in einzelnen Fällen die Exantheme unterdrücken, in anderen aber, und zwar in der Mehrzahl kann man die Intensität ihrer Entwicklung verringern. Endlich ist eine zweckmässige Behandlung noch im Stande, die chronologische Aufeinanderfolge der Ausschläge, von der später gesprochen werden soll, zu stören, die Pausen zwischen dem Auftreten der einzelnen Exantheme zu verlängern, und zwar ist das souveräne Mittel, wenn auch nicht das einzige, welches alles das bewirkt, das Quecksilber. Es genügt in den meisten Fällen von syphilitischen Exanthemen; es genügt besonders bei den frühzeitig oder in der mittleren Periode der Krankheitsdauer auftretenden Exanthemen. Je älter aber die Diathese ist und einer je späteren Periode der Dyscrasie die Manifestationen angehören, gegen welche es verwendet wird, um so unwirksamer wird es; da muss man es durch ein zweites Medicament unterstützen und dieses ist das Jodkali, welches gegen die spät auftretenden Exantheme von unläugbarer Wirksamkeit ist.

Selbstverständlich kann man noch andere Heilverfahren, insbe-

sondere Medicamente örtlich, gleichzeitig anwenden, z. B. Bäder aller Art, als: einfache, alcalische, Schwefel-, Gelatine-, Quecksilber-, Jod-, Dampf-, Mineral-Bäder u. s. w., einfache Räucherungen oder Räucherungen mit Zinnober, mit Jod-Salben, Pflaster, trockene oder feuchte Einhüllungen, Catheretica, Caustica u. s. w.

Doch soll man bei der Anwendung dieser Mittel nicht regellos verfahren, sondern von folgenden Gesichtspunkten ausgehen: Die erythematösen, grossen, papulösen, papulo-squamösen Syphilide mit geringer Abschuppung erfordern eigentlich keine örtliche Behandlung, höchstens, und zwar nur aus hygienischen Rücksichten, um die Hautfunctionen anzuregen, Bäder. Dasselbe gilt von den papulo-squamösen Syphiliden mit starker Abschuppung, den psoriasisähnlichen, den herpesähnlichen, den vesiculösen, den acneähnlichen Syphiliden, selbst von dem flachen Ecthyma mit den kleinen, zerstreut stehenden Efflorescenzen. Gewöhnlich verbindet man mit den einfachen Bädern die Dampfbäder, welche die Schuppen, die Krüstchen und die Krusten rascher beseitigen. Aber man muss da vorsichtig zu Werke gehen, weil gewisse Individuen, namentlich Weiber, durch die Dampfbäder geschwächt, wie anämisirt werden; doch, wenn in Pausen gebraucht, wird man sie immerhin ohne Gefahr auch bei Patientinen anwenden.

Die Psoriasis palmaris verdient wegen ihrer Häufigkeit und des ganz besonderen Widerstandes, welchen sie zuweilen der Therapie leistet, besondere Berücksichtigung. Es ist wahr, oft heilt diese Psoriasis lediglich unter dem Einflusse der Allgemein-Behandlung, manchmal aber ist das nicht der Fall, im Gegentheile, sie wird, ohne locale Behandlung gelassen, schmerzhaft und verlangt dann eine solche.

Die besten Mittel sind in derartigen Fällen folgende: Allgemeine Dampfbäder, oder wenn sie nicht vertragen werden, örtliche Dampfbäder, zu welchem Behufe man die Hände über ein mit heissem Wasser gefülltes Becken hält, sobald die aufsteigenden Dämpfe eine solche Temperatur angenommen haben, dass man dieses ohne Gefahr, sich zu verbrühen, thun kann. Wirken diese Mittel nicht, so wendet man örtliche Räucherungen an, welche man auch neben den Dampfbädern gebrauchen lassen kann; Einreibungen mit einer Mercurialsalbe (Unguentum neapolitanum), Protojoduret-Salben, Salben von basisch-schwefelsaurem Quecksilberoxyd. Diese Einreibungen werden des Abends gemacht und der Kranke zieht dann Handschuhe an, welche Nachts anbehalten werden. Auch umwickelt man am Abend die Hände mit dem

Emplastrum de Vigo, während man bei Tage Glycerin oder Glycerin-Salbe einreibt. Die letztere Methode wird sich besonders bewähren, wenn Risse und Gruben vorkommen. Allgemeine Bäder, einfach, oder mit Amylum, oder mit Gelatine sind auch hilfreich.

Alle pustulo-crustösen Syphilide mit dicken grossen Krusten und mit wahrhaften Geschwüren verlangen eine örtliche Behandlung. Zuerst wird man darauf schauen, die Krusten zu beseitigen; denn sie sind kein Schutz für die unterliegenden Gewebe, sondern sie veranlassen im Gegentheil eine ununterbrochene Irritation und dies deshalb, weil sich unter ihnen ein Eiterherd bildet und weil sie fortwährend durch die Bewegungen, Reibung der Kleider, durch die Nägel des Kranken beim Kratzen gezerrt werden. Um sie zu beseitigen, genügt es, wenn man den Patienten einige Bäder nehmen, oder durch 24 Stunden Cataplasmen machen lässt, oder wenn man einen Deckverband von Heftpflaster auflegt. Dann erübrigt nur noch, den blosgelegten Substanzverlust zu behandeln. Besteht nur eine oberflächliche Erosion, so genügen einige Einpinselungen mit Jod-Tinctur oder Bestreuungen mit irgend einem Pulver, z. B. mit Calomel, Oxydum zinci, Bismuthi, Amylum u. s. w. Wenn aber ein wahrhaftes Geschwür besteht, so wird am passendsten ein Deckverband von Emplastrum de Vigo sein; Chassaignac lässt einige solcher Pflasterstreifen über die wunde Partie sich kreuzen oder bedeckt sie mit derartigen dachziegelförmig angeordneten Streifen. Je nach der mehr oder weniger reichlichen Eiterung muss man den Verband mehr oder weniger oft erneuern: im Mittel einmal in 24 Stunden. Um die kranke Stelle besser reinigen zu können und die entzündlichen Erscheinungen zu beseitigen, wird es von Vortheil sein, der Erneuerung des Verbandes ein laues Bad in der Dauer von circa einer Stunde vorhergehen zu lassen. Wenn es nothwendig ist, wird man den Wechsel des Verbandes benützen, die Wunde mit Jod-Tinctur, und wenn die Granulationen stärker wuchern, mit Lapis infernalis en crayon zu bestreichen. So wirksam diese Methode auch im Allgemeinen ist, so scheitert man doch bisweilen mit ihr, und man wendet dann verschiedene Salben: Calomel-, Jod-, Jodkali-, Protojoduret-, Tannin-Salben an, oder verschiedenartige Wundwasser: Jod-, Joduret-, Silber-Salpeter-Lösungen, Lösungen von Guaco (Pflanzensaft von Eupatorium satureiæfolium L.), Sublimat, Phenil-Säure, Tartras ferri carbonici, oder man wendet reines Jodoform, Oxydum zinci, Tannin, Calomel, Chlor-Kali, Kampher an. Viele von diesen Mitteln helfen, viele nützen nichts. Am meisten zu

empfehlen ist noch ein Verband mit einer schwachen Lösung von salpetersaurem Silberoxyd (ein Gramme auf hundert Grammes destillirten Wassers), oder Bestreichungen mit Jod-Tinctur, welchen man später Calomel-Salbe folgen lässt. Uebrigens muss man wissen, dass es Fälle gibt, wo gar kein Mittel hilft. In solchen Fällen ist es angezeigt, durch einige Zeit jede Therapie zu beseitigen, die Ulcerationen mit den einfachsten Topicis zu verbinden, und zwar solchen, die am wenigsten reizen und am leichtesten vertragen werden und eine allgemeine, den Stoffwechsel beeinflussende Therapie, als: Gebrauch von Tonicis, eine Kaltwasser-Cur, Aufenthalt auf dem Lande, an der Meeresküste u. s. w. vorzuschreiben, mit einem Worte, man muss zuwarten und kann dann nach einiger Zeit eines oder das andere von den aufgezählten Mitteln versuchen, oder, wenn man es bereits versucht hat, repetiren und wird dann zu seinem Erstaunen und zu seiner Befriedigung ungleich bessere Resultate mit denselben, als bei der ersten Anwendung erzielen.

§ 57. Es frägt sich nun, woran ist ein Exanthem als ein syphilitisches zu erkennen? Manchmal ist es sehr leicht, einen Ausschlag als einen syphilitischen zu diagnosticiren, indem gewisse Syphilide so charakteristisch sind, dass es unmöglich ist, sie mit nichtsyphilitischen Hautleiden zu verwechseln. Dahin gehören die Psoriasis palmaris, plantaris, die granulirten Syphilide der Nasenflügel, die pigmentären Syphilide, viele pustulo-crustöse Syphilide u. s. w. Aber es gibt auch Syphilide mit weniger deutlich ausgesprochenem Charakter, welche mit anderen, von ihnen wesentlich verschiedenen und nur in der Eruptiv-Form ähnlichen Dermatonosen verwechselt werden können. So kann z. B. ein syphilitisches Erythema mit einer gewöhnlichen Roseola, eine kreisförmige Roseola mit einem Erythema circinatum, eine syphilitische Psoriasis mit Psoriasis vulgaris u. s. w. verwechselt werden.

Die Differential-Diagnose beruht nun zunächst auf der Zusammenfassung der objectiven Charaktere und auf der Vergleichung dieser mit den Charakteren jenes nicht syphilitischen Exanthems, dem das fragliche syphilitische ähnlich ist.

Die Aufstellung einer solchen Parallele setzt natürlich genaue Kenntniss der Dermatonosen voraus. Ferner beruht die Diagnose auf der Feststellung vorausgegangener oder gleichzeitig vorhandener, anderweitiger, syphilitischer Manifestationen.

Diese Berufung auf die gleichzeitigen, anderweitigen Manifestationen der Syphilis kann nur in einem Falle irre führen, wenn das

[illegible] syphilitisches Exanthem gleichzeitig [illegible] letzteres allein an einem Syphilitisch[illegible] Berufung wird um so eher möglich sein, [illegible] sich auch in der Regel anderweitige Ersch[illegible] zeigen. Wenn ein Patient ein syphilitisch[illegible] z. B. auch gewöhnlich seine Schleimhaut erkrank[illegible] auf der behaarten Kopfhaut, Alopecie, Adenopathi[illegible] verschiedensten Stellen, Gelenksschmerzen. Muske[illegible] u. s. w., nervöse Störungen oder irgend ein a[illegible] Manchmal wird ein solches an und für sich gerin[illegible] Zusammenhange mit dem Exantheme, um desse[illegible] wird es eine ganz besondere Wichtigkeit e[illegible] berücksichtigen; je älter die Syphilis is[illegible] mehrere Manifestationen derselben gleichzeitig a[illegible] — Auch die Antecedentien des Kran[illegible] eines als syphilitisch betrachteten Exan[illegible] fassen. Denn kein syphilitisches Exanthem [illegible] der Erscheinungen der Syphilis; — ent[illegible] Exanthem vorhergegangen oder der „Schan[illegible] Bubo. Man muss also in solchen zweifelhaf[illegible] über diesen Punkt ausfragen und dann noch [illegible] Richtung untersuchen. Dann müssen auch [illegible] des syphilitischen Giftes in den Orga[illegible] Drüsen untersucht werden. Oft findet [illegible] während der vorausgegangene „Schanker" [illegible] ist oder unbemerkt verlief, für etwas [illegible] verschwiegen wird. Auch müssen, dem [illegible] behaarte Kopfhaut, die Schleimhäute [illegible] an ihnen Spuren einer vergangenen [illegible] wahrzunehmen sind, die dann als Behelf [illegible] werden können. Denn die Syphilis ist [illegible] aus einer Gruppe von Symptomen [illegible] thun, in allen Fällen, bevor man sich [illegible] Symptoms ausspricht, alle gleichzeitigen [illegible] Manifestationen auf ihre Bedeutung zu prüfen. [illegible] haben; wenn man seine Diagnose auf [illegible] stützt, kann man irren. Die Betrachtung des [illegible] aber lässt keine Täuschung zu.

§ 58. Im Vorhergehenden wurde die Systematologie der syphilitischen Exantheme erörtert. Man würde sich aber täuschen, wenn man glauben würde, dass ein jeder Patient, selbst einer, der gar keine Behandlung geniesst, die ganze Reihe der aufgezählten Exantheme durchmachen muss; das ist nicht der Fall; — und es herrscht in dieser Beziehung eine grosse Verschiedenheit, deren Gründe wir nicht genau kennen. Manches Individuum wird von einer grossen Anzahl der abgehandelten Exantheme befallen, manches nur von wenigen. Bei einigen erreichen die Exantheme eine grosse Intensität, bei anderen nicht. Bei einigen finden sich gleichzeitig Erkrankungen syphilitischer Natur in den inneren Organen, welche bei anderen nicht wahrgenommen werden.

Nun ist schon früher bemerkt worden, dass die syphilitischen Exantheme eine gewisse chronologische Reihenfolge bei ihrem Auftreten einhalten. Dieser Reihenfolge entsprechend zerfallen sie in drei Gruppen: 1. in solche, welche zeitlich, 2. in solche, welche spät, 3. in solche, welche bald zeitlich, bald spät auftreten.

1. Zeitlich auftretende sind: α) die Roseola; β) die Roseola urticata; γ) die papulösen oder papulo-squamösen Syphilide mit kleinen Efflorescenzen; δ) die acneähnlichen Syphilide der behaarten Kopfhaut.

2. Die spät auftretenden sind: α) die pustulo-crustösen Syphilide ulceröser Form; β) das Ecthyma profundum, γ) die Rupia.

3. Bald zeitlich, bald spät auftretende sind: α) die Roseola gyrata; β) die papulo-squamösen Syphilide mit grossen Papeln; γ) die Psoriasis palmaris und plantaris: δ) die papulo-crustösen Syphilide; ε) die herpesähnlichen Syphilide; ζ) die acneähnlichen Syphilide des Stammes und der Extremitäten; η) die Impetigo; ϑ) das oberflächliche Ecthyma; ι) die pigmentären Syphilide.

Diese chronologische Reihe wird, wie bereits gesagt, ziemlich strenge eingehalten und erfährt nur selten Störungen durch den Einfluss einer specifischen Behandlung. — Aber eine eigenthümliche Intensität der Krankheit, individuelle Anlage, Temperament, Constitution veranlassen manche Formen, vor der Zeit und häufiger aufzutreten. Oertliche Reize, Haut-Reize durch Thermal-Bäder, besonders in Schwefelwässern, können gleichfalls ein frühzeitigeres Erscheinen, gewissermassen ein Erscheinen ausser der Tour verursachen.

* * *

§ 59. Die Syphilis bedingt bei beiden Geschlechtern Ausfallen der Haare an den verschiedensten Körperstellen.

Das Ausfallen der Haare an der behaarten Kopfhaut ist eines der am häufigsten vorkommenden Symptome und es tritt diese Erscheinung sehr oft während der Periode der Frühformen, vom 3. Monate der Erkrankung angefangen, auf; viel seltener ist sie während und nach dem 2. Jahre und ist dieses verspätete Auftreten immer das Ergebniss einer Behandlung. Die Erscheinung hat im letzteren Falle auch meist an Intensität eingebüsst. Diese Manifestation der Diathese, Alopecie genannt, kann entweder in Folge von syphilitischen Exanthemen der behaarten Kopfhaut, oder auch, was weit häufiger geschieht, ohne ein solches eintreten. Im ersteren Falle ist wahrscheinlich auch die Haarzwiebel erkrankt, das Haar verliert seine Anheftung und fällt aus. Am häufigsten ist in dieser Beziehung das acneähnliche Syphilid zu inculpiren und ein nur wenig gekanntes, wiewohl nicht selten vorkommendes, pytiriasisähnliches Syphilid, die Roseola furfuracea der behaarten Kopfhaut, welche in zerstreut stehenden, linsengrossen, oder diffusen, ziemlich blassen, darum leicht zu übersehenden und deshalb auch wenig gekannten, mit feinen, microscopischen Schüppchen bedeckten Flecken besteht. Manchmal aber tritt die Alopecie ohne Exanthem auf und da ist die Ursache des Ausfallens der Haare ganz unbekannt. Man vermuthet, dass die Alteration, welche der gesammte Organismus in Folge von Syphilis erfährt, die Ursache jener Erscheinung sei und dass sich diese Alteration, was den Haarboden anlangt, in Veränderung der Secretion desselben, in Veränderung der Textur der Haarzwiebel äussert. Aber alles das ist bis heute unbewiesene Hypothese.

Schmerzen, Jucken, Hitzegefühl kommt dabei nicht vor. Die Alopecie hat keine Praedilectionsstellen, wodurch sie sich von anderen Arten der Alopecie unterscheidet. Die Calvities senilis z. B. kommt an den vorderen, oberen Stellen des Craniums vor und nie an den Seitentheilen. Die Alopecie der Syphilitischen betrifft entweder den ganzen Haarboden, wodurch das Kopfhaar sammt und sonders minder [illegible] wird, oder sie befällt bloss einzelne inselförmige Stücke der pars capillata integumenti, welche kahl werden. Die erstere Art ist die häufiger beobachtete und die characteristischere, kann aber auch mit der anderen vereint vorkommen.

Die Alopecie hat verschiedene Grade. 1. In den meisten Fällen, besonders wenn die Diathese rechtzeitig behandelt worden ist, tritt nur ein leichterer Grad ein. Die Haare fallen nur während einer gewissen

Zeit aus und der Verlust ist so unbedeutend, dass nur die Kranken allein denselben wahrnehmen. 2. Der Ausfall ist reichlicher; dann merkt auch die Umgebung des Kranken den Haarverlust; die Patienten wagen es nicht mehr, sich zu kämmen, denn nun fallen ihnen auch die Haare aus, wenn sie nur mit den Händen durch dieselben fahren. 3. Noch viel seltener ist der Haarverlust excessiv. Das ist besonders dann der Fall, wenn beide Arten, das Schütterwerden und das gänzliche Ausfallen an circumscripten Stellen, so dass man an denselben der weissen glänzenden Kopfhaut ansichtig wird, sich combiniren. 4. Endlich kann es geschehen, dass alle Haare ausfallen, was aber nur äusserst selten vorkommt.

Diejenigen Haare aber, welche bleiben, verlieren ihren Glanz, werden struppig und gleichen falschen Haaren. Es sieht dann aus, als ob die Kranken Perrücken tragen würden. Selbst sorgfältige Pflege, Pomadisiren etc. ist nicht im Stande, dieses Aussehen zu ändern.

Die Alopecia syphilitica ist nur temporär, besteht manchmal nur einige Wochen, gewöhnlich einige Monate, höchstens ein Jahr. Dann verliert sie an Intensität, selbst wenn sie nicht behandelt worden ist; die verlorenen Haare ersetzen sich wieder und nur jene Stellen sind ausgenommen, wo durch Geschwüre und Substanzverluste der behaarten Kopfhaut Zerstörungen des Haarsackes entstanden sind. Also andauernde Kahlköpfigkeit erzeugt die Syphilis niemals oder nur äusserst selten.

§ 60. Die Alopecie bildet sich sehr oft zu einer Zeit schon zurück, in der andere Manifestationen der Syphilis noch fortbestehen oder vielleicht gar neue auftauchen, und daraus geht hervor, dass sie für die Prognose der Diathese im Ganzen vollkommen irrelevant ist, dass man also aus ihrem Vorhandensein, aus dem Grade ihrer Entwicklung keinen Schluss auf die Schwere syphilitischer Erscheinungen, die sich an einem Kranken zeigen können, ziehen darf.

Was die Therapie anlangt, so muss vor Allem bemerkt werden, dass von allen localen Mitteln nichts zu erwarten sei. Die vielgerühmte Pomade von Dupuytren:

Medullae Bovis unciam,
Ol. jasmin dr. duas,
Extr. chin. fusc Dr. unam,
Succ. citr.,
Tinct. canthar. ana dr. semis,
M. f. unguent,

lässt ebenso im Stiche, wie die Waschungen mit Chinarindendecoct oder mit Cantharidentinctur und die vielen anderen, sonst den Kahlköpfen empfohlenen Mittel. Auch abschneiden oder abrasiren hilft nichts und man wird namentlich bei Frauen auf Widerstand stossen, wenn man ihnen das in seiner Wirksamkeit noch obendrein problematische Mittel vorschlägt, das Haar kurz zu tragen. Als rationell empfiehlt sich eine zweckmässige Pflege der Haare, wie sie in den Tagen der Gesundheit statt hat, und die Vermeidung des Gebrauches enggezähnter Kämme und harter Bürsten, der Frisuren und des Haarschmuckes, durch welche an den Haaren stark gezerrt wird, und schliesslich — was die Hauptsache ist — müssen die Patienten einer zweckmässigen allgemeinen Behandlung unterworfen werden. Am wirksamsten zeigt sich auch da das Quecksilber, und es darf hier nicht verschwiegen werden, dass viele Laien glauben, der früher angewendete Mercur sei die Ursache ihrer Haarverluste. Uebrigens heilt die Alopecie auch wohl von selbst, ohne jede Therapie, allerdings erst nach längerer Zeit.

§ 61. Der Haarverlust betrifft ausser dem Haarboden auch noch die Augenbrauen, die Wimpern, den Venusberg, die Achselgruben etc.

Die Alopecie der Brauen ist bei Weibern häufiger als bei Männern und besteht gleichfalls in einem Schütterwerden der Braue oder in einem vollständigen Ausfallen der Brauenhaare an circumscripten Stellen, oder in einer Combination beider Vorgänge. Sie kommt ferner auch in allen jenen Graden vor, welche oben bei der Alopecie des Haarbodens aufgezählt wurden. Der gänzliche Verlust der Brauen gibt dem Gesichte einen sonderbaren Ausdruck.

Das Ausfallen der Cilien tritt seltener ein und ist meist partiell: ausgenommen sind jene Fälle, bei denen syphilitische Geschwüre den ganzen (freien) Lidrand zerstörten.

Die Alopecie der Genitalien ist, obschon seltener als der Haarverlust der Kopfschwarte, doch häufiger als das soeben erwähnte Ausfallen der Brauen und Cilien. Sie wird besonders am Venusberg, seltener an den grossen Labien beobachtet.

Wenn die Alopecie nicht intensiv ist, wird sie nicht bemerkt, weil die Behaarung der Genitalien bei verschiedenen Individuen quantitativ äusserst ungleich ist; bei stärkerer Entwickelung kann sie zu einer vollkommenen Entblössung dieser Theile von Haaren führen, die dann aussehen, als wären sie gemeisselt, wie bei einer Statue.

* * *

§ 62. Die Erkrankungen der Nägel in Folge von Syphilis betreffen entweder gleich von vornherein die Nagelsubstanz — — Onychie — oder die Umgebung der Nagelsubstanz und diese letztere gar nicht oder nur consecutiv — Perionychie.

§ 63. Die Onychie umfasst folgende Unterarten:

1. Gebrechlichkeit des Nagels und Ausbrechen desselben. Der freie Rand des Nagels spaltet sich und der Nagel bricht beim leisesten Drucke. Das Abschneiden des Nagels am freien Rande, um ihn wo möglich vor Insulten (durch Anstossen etc.) zu schützen, nützt nichts; er bekommt trotzdem Sprünge, wird uneben, zackig und oft setzen sich die Einrisse durch die ganze Länge des Nagels vom Rande aus fort. Dieser Process wird an den Nägeln der Finger häufiger beobachtet, als an denen der Zehen.

2. Theilweise Loslösung des Nagels von der Unterlage, und zwar zuerst an den Stellen in der Nähe des freien Randes beginnend (zum Unterschiede von anderen Arten von Onychie, bei denen die Loslösung den entgegengesetzten Weg einschlägt). Diese kann so weit schreiten, dass mehr als die Hälfte der Nagelsubstanz von der Matrix losgehoben erscheint, was schon beim ersten Blick durch einen Unterschied der Farbe zwischen der losgehobenen und der noch anhaftenden Partie auffällt. Diese Loslösung kann schliesslich den ganzen Nagel betreffen und zum Verluste desselben führen, meist aber beschränkt sie sich auf die Hälfte oder ein Drittheil des Nagels. Heilung tritt dadurch ein, dass die losgehobenen Partien immer mehr nach vorne rücken und schliesslich abgestossen werden, während die neuanschiessenden Nagelpartien der Matrix adhaerent sind und bleiben.

3. Vollkommene Loslösung und Abfall des Nagels (Alopecia unguealis.) — Der Nagel löst sich allmälig von seiner Unterlage in seinem ganzen Umfange los, dann fällt er ab und lässt die blosse Matrix zurück. Der ganze Process verläuft schmerzlos, so dass Personen, welche ihrem Körper wenig Aufmerksamkeit schenken, darüber erstaunt sind, einen oder mehrere ihrer Finger plötzlich ohne Nagel zu sehen, besonders an den unteren Extremitäten. An den oberen entzieht sich der Process natürlich der Beobachtung nicht so leicht. Man sieht dann den Nagel in der Nähe seiner Wurzel sich auffallend wölben, von der Unterlage sich abheben und hinter ihm zeigt sich eine kleine rothe, trockene und schuppige Fläche, welche nichts anderes als

die Nagelmatrix ist. Diese Fläche wird von Tag zu Tag im Umfange beträchtlicher, je nachdem die Elimination des Nagels fortschreitet; dann wird der Nagel locker und fällt schliesslich ab. Aber noch bevor dies geschehen ist, hat hinter ihm sich schon ein neuer Nagel zu entwickeln begonnen. Dieser wächst und ist entweder so regelmässig wie derjenige, den er ersetzen soll, oder er ist gekrümmt und hakenförmig. Manchmal kommt es zu keinem Wiederersatze des verloren gegangenen Nagels, sondern nur zu einer Anhäufung unregelmässig angeordneter Hornplättchen an Stelle desselben.

4. Onychia hypertrophica (Psoriasis unguealis) besteht in einer Verdickung des Nagels um das 3—4fache seines ursprünglichen Volumens. Diese Verdickung ist äusserst selten und zeigt sich besonders am freien Rande, ist auch dort allein nur wahrnehmbar. Man findet ihn nicht nur verdickt, sondern auch runzelig, in Schichten gespalten, splitterig und schieferig.

§ 64. Die Perionychia syphilitica ist, wie oben gesagt, eine syphilitische Erkrankung der Umgebung des Nagels mit oder ohne consecutive Erkrankung der Nagelsubstanz; sie umfasst folgende Unterarten:

α. Die trockene Perionychie, welche in die schuppige und hornige zerfällt.

1. Die schuppige trockene Perionychie, besteht aus einem papulo-squamösen Syphilide in der Nachbarschaft des Nagels entweder an einem seiner Ränder, oder am Ende des Fingers oder der Zehe unter dem freien Rande der Nagelplatte. Diese Form bietet ausser ihrer Hartnäckigkeit nichts Besonderes.

2. Die hornige trockene Perionychie besteht in einer Verdickung der Epidermis an den Rändern der Nagelplatte. Der Verlauf ist folgender: An der Stelle, wo die Haut sich umbiegt, um den Nagel einzurahmen, bildet sich ein kleiner, länglicher, leicht vorspringender Wulst, welcher durch Hypergenese normaler Epidermidalzellen zu Stande kommt. Dieser Wulst wächst, wird hart und hornig. Anfangs ist er ganz indolent, später juckt er und der Kranke kratzt an demselben, sucht ihn wegzuscheuern, gelangt aber nicht ans Ziel, denn so viel er auch wegkratzt, noch vielmehr bildet sich rasch neu an Stelle des Entfernten. Am Ende wird die Partie leicht empfindlich, blutig, stellenweise excoriirt, besonders in der Gegend der Seitenfurche des

Nagels und bleibt so lange in dem geschilderten Zustande, bis eine zweckmässige Behandlung eingeleitet worden ist.

2. Die entzündliche Perionychie (der syphilitische Eiternagel) ist schon eine wichtigere Erkrankung und besteht in einer subinflammatorischen Anschwellung, welche sich entweder an der Seite oder an der Wurzel des Nagels entwickelt, leicht schmerzhaft, resistent, röthlich oder rothbraun und der Anschwellung wie bei einem gewöhnlichen Eiternagel ähnlich ist. Aber die hier abgehandelte Krankheit unterscheidet sich von letzterem durch den langsamen und chronischen Verlauf und durch den Ausgang. Es kommt nämlich fast nie zur Abscessbildung. Die Anschwellung bleibt ziemlich lange Zeit hart und fest, dann atrophirt sie und schwindet, oder sie ulcerirt an der Oberfläche so, wie die syphilitische Papel.

Obwohl diese Form der Perionychie während der ganzen Dauer des Prozesses und in der ganzen Ausdehnung des leidenden Theiles meistens trocken bleibt, so kommt es doch mitunter zur Eiterung. Es bildet sich nämlich bisweilen an der Furche am Saume des Nagels eine Grube. Diese Stelle wird durch Kratzen irritirt, excoriirt sich, eitert leicht und bedeckt sich mit adhärenten Krusten. Der Verlauf ist ein, besonders an den Händen, in dem geschilderten Stadium lange fortbestehender und endet selten mit dem Verluste des Nagels. Wenn aber, wie das vorzukommen pflegt, die grosse Zehe afficirt ist, wenn die Erkrankung vernachlässigt, sich selbst überlassen wird, gesellen sich zu ihr die Erscheinungen des „eingewachsenen Nagels" ähnlich denen der Perionychia ulcerosa.

3. Die Perionychia ulcerosa ist die schwerste Form der syphilitischen Nagelerkrankungen. Sie ist consecutiv, wie soeben auseinandergesetzt wurde, als Ausgang der Perionychia inflammatoria, wenn diese letztere in die Länge gezogen, chronisch geworden ist oder durch verschiedene Veranlassungen, als:, schlechte Behandlung, Märsche, Fatiguen, enge Fussbekleidung irritirt wurde.

Sie kann aber auch primär auftreten als das Ergebnis ulceröser Syphilide, die sich in der Peripherie des Nagels etablirt haben.

Immer besteht sie in einer Ulceration, welche den Nagel theilweise oder vollständig umgibt und gewöhnlich auf einer entzündlichen, den Nagel überragenden, dunkelrothen oder veilchenfarbenen, lividen Anschwellung sitzt. Sie ist immer ziemlich grubig, von unregelmässiger

Form, mit steilen Rändern, saniösem, grauen, schwammigen Grunde und secernirt eine seropurulente, blutig gestriemte, schlecht gebundene, bisweilen Detritus führende Flüssigkeit.

Wenn die Erkrankung an den Füssen sitzt — meist ist die grosse Zehe afficirt — gesellen sich zu ihr in Folge des Umhergehens Entzündungserscheinungen. Die benachbarten Parthien werden roth, schwellen oft enorm an, die Ulceration bekommt eine livide Farbe, unebenen Grund, secernirt einen sanguinolenten, fötiden Ichor und ist theilweise mit gangraenösen Fetzen bedeckt. Mehr oder weniger heftige Schmerzen treten auf und erschweren das Gehen oder machen es unmöglich.

Wenn diese Form der Perionychie mit dem grubigen Geschwüre längere Zeit bestanden hat, so geschieht es zuweilen, dass der Grund des entstandenen Geschwürs sich in Folge von übermässiger Fleischwärzchenwucherung hebt und die Granulationen sogar den Nagel theilweise bedecken.

Die Perionychia ulcerosa hat immer einen chronischen Verlauf. Einmal entwickelt bleibt sie entweder, wie sie ist, oder sie sucht sich, besonders bei Vernachlässigung, um den ganzen Nagel auszubreiten. In letzterem Falle nimmt das Finger- oder Zehenende in Folge der übermässigen, über 1 Centimeter hohen Wucherung der Granulationen und der consecutiven Anschwellung der benachbarten Gewebe eine eigenthümliche Form und enormen Umfang an. Der letzte Phalanx wird entweder spatelförmig oder keulenförmig und überragt die anderen Phalangen, welche ihm gegenüber abgemagert erscheinen, so dass der betreffende Finger oder die betreffende Zehe trommelschlägelähnlich wird. Der Nagel sitzt meist in Mitte des Geschwüres, von Fleischwärzchen eingeschlossen, erscheint geschrumpft und beweglich, denn seine Adhaerenzen mit der Matrix sind gelöst und mit einer Pincette kann man ihn abheben oder er fällt spontan ab, was, da er auf die Wunde nur wie ein fremder Körper wirkt, für den Verlauf günstig ist. In Folge seiner Rigidität und seiner scharfen Ränder reizt er nämlich unaufhörlich die Nachbarschaft, steigert die Entzündung, veranlasst heftige Schmerzen und erst, wenn er beseitigt ist, kann Heilung eintreten. Wird die Perionychia syphilitica einer Behandlung unterworfen, dann heilt sie und wenn die Matrix des Nagels nur oberflächlich oder theilweise zertört ist, bildet sich ein neuer Nagel, der aber missstaltet, unvollständig und verkrümmt ist. Ist jedoch die Nagelmatrix in bedeutende-

rer Tiefe oder in grossem Umfange zerstört, dann bilden sich nur kleine, hornige, flache oder gewölbte Plättchen. Das Finger- oder Zehenende bleibt dann missstaltet für Lebenszeit und stellt eine Art unregelmässigen Stumpfes dar, welcher statt des Nagels eine trockone, harte, unregelmässig mit Nageltrümmern bedeckte Fläche aufweist.

§ 65. Die eigentliche Onychie bedarf ausser der Allgemeinbehandlung der Diathese nicht weiter des ärztlichen Einschreitens, die Perionychie dagegen bedarf ausser der Allgemein- auch noch der Localbehandlung, ja man möchte fast sagen, diese sei hier das eigentlich Wirksame.

Die trockene Form der Perionychie erheischt nur Deckmittel. Man braucht nur die erkrankte Partie vor Reibung zu schützen. Zu dem Behufe bedeckt man sie mit Goldschlägerhäutchen, Heftpflaster, mit einem Fingerlinge von Handschuhleder oder Kautschuk.

Die Perionychia inflammatoria verlangt die örtliche Anwendung des antiphlogistischen Apparates durch einige Tage, allgemeine Bäder, locale Bäder, erweichende Cataplasmen, welche noch obendrein die Krusten beseitigen helfen. Nach 3—4 Tagen kommen dann Einwicklungen mit Heftpflaster oder Emplastrum de Vigo, welche, höchstens noch unterstützt durch Einpinselungen von Jodtinctur, zum Ziele führen.

Die Perionychia ulcerosa erheischt ganz im Beginne, wenn die Entzündungserscheinungen heftig sind, antiphlogistische Behandlung: wiederholte und länger andauernde allgemeine Bäder, absolute Ruhe, wenn die Erkrankung die Zehen befallen hat, und dann wende man so bald als möglich den deckenden Verband mit Emplastrum de Vigo an; er vermindert den Schmerz und verändert die Beschaffenheit der Wunde, welche bald zu vernarben beginnt, in vortheilhafter Weise.

Es wird auch das Einstauben mit einem Jodoformpulver sehr gerühmt, sowie (von Diday) Bepinselungen mit Nitras argenti.

Zeitweilig wird auch, wenn die Vernarbung zögert, die Bepinselung mit Jodtinctur, Bestreichung mit Nitras argenti en crayon nothwendig sein, besonders bei starker Wucherung der Granulationen. Wegen letzterer wird man mitunter stärkere Caustica anwenden, ja man wird die Fleischwärzchen sogar manchmal zeitweilig ausschneiden müssen.

Ebenso wird der Nagel, wenn er ein Hindernis der Heilung abgeben und nicht spontan abfallen sollte, zu beseitigen sein; man erreicht dadurch den doppelten Vortheil: 1. einen wie ein fremder Körper wirkenden Gegenstand entfernt zu haben und dann 2. einen zweck-

mässigen Oclusivverband anlegen zu können Man wird zu dem Ende selten Gewalt brauchen, weil in den meisten Fällen der Zusammenhang zwischen dem Nagel und seiner Unterlage gänzlich oder bis auf einen geringen Rest aufgehoben ist. Sollte dies nicht der Fall sein, so empfiehlt es sich eher, ihn stückweise nach und nach abzubrechen, als mit einem Coup wegzureissen.

III. CAPITEL.

Die Erkrankungen der Schleimhaut während der Periode der Frühformen der Syphilis.

§ 66. Die Syphilis hat auch verschiedenerlei Manifestationen auf den Schleimhäuten zur Folge. Sie sind bei beiden Geschlechtern sehr häufig, nur muss man sagen, dass sie beim Weibe excessiver auftreten. Wenn eine energische und fleissige Behandlung im Stande ist, einzelne Frauen vor Syphiliden auf der Haut zu schützen, auf den Schleimhäuten erkrankt eine jede. Dazu kommt noch, dass diese Manifestationen der Diathese viel häufiger Recidiven unterworfen sind, als die Syphilide, welche Recidiven entweder in derselben Epoche oder in verschiedenen Epochen der Krankheit sich zeigen. Die Folge hievon ist, dass die syphilitischen Affectionen der Schleimhaut am meisten zur Beobachtung kommen und deshalb besonders berücksichtigungswerth sind. Man hat gesagt, dass die Erkrankungen der Schleimhäute nichts anderes sind, als Wiederholungen der Erkrankungen des integumentum commune. Natürlich werden dabei Veränderungen platzgreifen, welche durch die Verschiedenheit des anatomischen Baues und durch den Umstand, dass die Affectionen auf einer stärker secernirenden Fläche sitzen, bedingt sind. —. Es gibt aber doch Syphilide, welche keine Analogien unter den Schleimhaut-Affectionen haben, und umgekehrt Schleimhaut-Affectionen, welche keine Analogie unter den Affectionen der Haut besitzen.

Man hat die syphilitischen Manifestationen auf der Schleimhaut gewöhnlich allesammt mit dem Namen Plaques muqueuses belegt Diese Gesammtbezeichnung muss aufgegeben werden; denn es kommen diese Erkrankungen nicht blos auf den Schleimhäuten vor. Zwar sind

[ie] Genitalschleimhaut, die Mundschleimhaut vorzugsweise der Sitz die[-]
ser Affectionen; ferner kommen sie auf anderen Schleimhäuten, z. B.
auf der des Anus, des Pharynx, des Larynx, der Nasenhöhlen, der Augen-
lider u. s. w. ziemlich häufig vor. Aber man bemerkt sie doch auch an
einzelnen Theilen der allgemeinen Decke, welche sich durch ihre spe-
ciellen anatomischen Bedingungen, durch Feinheit der Textur und fort-
währende Bähung den Schleimhäuten nähern; dahin gehören die Plica-
turen an den Beugeseiten einzelner Gelenke und jene Stellen, die durch
Aneinanderlagerung in einem beständigen Contacte erhalten sind. Aus
diesem Grunde bemerkt man sie nicht selten in der Nähe der Vulva,
an der äusseren Seite der grossen Labien, am Perinäum, in der Ge-
nito-Cruralfalte, am Rande des Anus, an der inneren oberen Schenkel-
fläche, zwischen den Hinterbacken, am Nabel, an der unteren Fläche
der Brustdrüsen (besonders bei Weibern, die umfangreiche und hän-
gende Brüste haben), in der Achselhöhle, in der Auriculo-Temporalfalte,
in allen Falten, welche in Folge von Fettleibigkeit zu Stande kommen, etc.

Diese Affectionen der Haut sind begreiflicherweise bei Weibern
häufiger als bei Männern. Es frägt sich nun, um welche Zeit der Krank-
heit [illegible] sich mucöse Syphilide? — Antwort: Ausschliess-
lich während der Periode der Frühformen. Sie gehören auch nach ihrem
[illegible] Verlauf, nach ihrem anatomischen Charakter, ihrer Gutartigkeit
und wegen des Umstandes, dass sie meist die Oberfläche der Gewebe
[illegible] dieser Periode an. Nicht selten, besonders bei Weibern, sind die
Affectionen der Schleimhaut die ersten Manifestationen der Allgemein-
[illegible], welche auf den „Schanker“ folgen. Während der ganzen
[illegible] der Periode der Frühformen, d. h. während der ersten zwei oder
drei Jahre nach stattgefundener Infection, sind die mucösen Syphilide
[illegible] an der Tagesordnung, zumal bei den nichtbehandelten Kran-
ken, bei denen sie sich immer von Neuem erzeugen. Andererseits ent-
[illegible] auch, wie bereits gesagt, die behandelten Kranken nicht
[illegible]. Endlich muss bemerkt werden, dass die mucösen Syphilide
[illegible] die letzten Symptome jener Periode sind und manchmal
[illegible] nach Verlauf derselben auftreten. Dies ist besonders der Fall
bei Individuen, welche eine lange und im Ganzen ziemlich erfolg-
[illegible] Behandlung durchgemacht haben, die aber nicht stark genug
war, die Diathese zum Verschwinden zu bringen. Wenn man bei sol-
chen Kranken auch keine auffälligen Symptome bemerkt, so kommt es
doch zu gewissen leichteren Affectionen der Schleimhaut.

Der speciellen Erörterung der einzelnen Schleimhautaffectionen müssen einige allgemeine Bemerkungen über die Eigenschaften, die allen hieher gehörigen Erkrankungen zukommen, vorausgehen:

1. Alle hieher gehörigen syphilitischen Schleimhautaffectionen entwickeln sich, so wie die Syphilide der Haut und so wie überhaupt die anderen Manifestationen der Syphilis, lediglich in Folge der Diathese und durch keine andere Veranlassung. Es ist dies wichtig zu wissen, um auch in medico-legaler Hinsicht constatiren zu können, dass gewisse anale oder perianale Schleimhautaffectionen das Ergebnis eines an anderer Stelle stattgefundenen Eindringens des syphilitischen Giftes in den Organismus und nicht, wie mitunter irrthümlich behauptet wurde, einer an dieser Stelle (am After) stattgefundenen Contamination sind. So ist es ferner z. B. vorgekommen, dass man Ammen irrthümlich beschuldigt hat, ihre Säuglinge inficirt zu haben, weil diese Säuglinge auf der Lippenschleimhaut Plaques trugen. Und doch waren diese Plaques nicht das Resultat einer an den Lippen stattgefundenen Infection, sondern rührten von der hereditären Allgemein-Erkrankung des Kindes her. Dies schliesst aber begreiflicherweise und wie auch aus früheren Erörterungen bezüglich des Sitzes des „Schankers" hervorgeht, nicht aus, dass nicht der Locus infectionis auf einer Schleimhaut sich befinden könne.

2. Die mucösen Syphilide secerniren alle, als erosive wenig als ulceröse mehr.

3. Das Secret, welches sie liefern, ist an dem Träger derselben **nicht** impfbar oder, wie man sich auch sonst ausdrückt, das Secret des mucosen Syphilides ist **nicht** autoinoculabel. Man hat das Gegentheil behauptet, weil dieses Gegentheil in seltenen Ausnahmsfällen gelungen ist. Aber von der weit überwiegenden Mehrzahl der Fälle gilt die Autoinoculabilität **nicht**.

4. Die mucösen Syphilide sind sämmtlich, und zwar im höchsten Grade contagiös und man kann sagen, dass durch diese Manifestationen der Syphilis die meisten Uebertragungen auf Gesunde stattfinden; denn erstens sind sie viel häufiger als der „Schanker"; dann kommt der „Schanker" nur einmal zum Vorscheine und besteht nur einige Wochen; die mucösen Syphilide können dagegen zwanzigmal und noch öfter in den ersten drei bis vier Jahren nach stattgefundener Infection auftreten, und jede von diesen Recidiven besteht einige Zeit. Ferner sind die Schleimhautsyphilide ziemlich über den Körper verbreitet; weiters ist ihr Vorhandensein in Folge ihres meist keine Beschwerden verursachen-

den Verlaufes den Kranken oft unbekannt, welcher Umstand vom Coi tus, der vielleicht sonst vermieden worden wäre, nicht abhält. In glei cher Weise wirkt auch der Umstand, dass sie manchmal ziemlich spä auftreten, oft zu einer Zeit, wo der Kranke glaubt, von der Syphili schon geheilt zu sein.

5. Die Schleimhaut-Syphilide sind, wie bereits wiederholt bemerkt äusserst häufigen Recidiven unterworfen; so häufigen, wie wir si bei keinen anderen Manifestationen der Syphilis beobachten.

6. Sie sind schliesslich leicht zu beseitigen, aber es i nicht immer der Fall, dass sie einen so gutartigen Verlauf nehmen sie haben manchmal ein ziemlich bedrohliches Aussehen und weiche der eingeschlagenen Therapie nicht immer in einigen Tagen. Aber i Allgemeinen kann man doch von der enormen Majorität der Fälle be haupten, dass sie selbst durch eine einfache Therapie in kurzer Zei beseitigt werden, was von den analogen Erkrankungen der Haut nicht gil

§ 67. Die Manifestationen der Syphilis an den Schleimhäute lassen sich (nach Fournier) in 4 Classen eintheilen; in 1. ero sive, 2. papulo-erosive, 3 papulo-hypertrophische un 4. ulceröse Syphilide der Schleimhaut.

Die erosiven Syphilide betreffen die Schleimhaut nur oberflächlich Die papulo-erosiven sind die eigentlichen Plaques muqueuses. Die pa pulo-hypertrophischen sind grossgewordene Papeln auf der Schleimhaut welche mitunter wahrhafte Tumoren darstellen können. Die ulceröse Syphilide zerstören die Schleimhaut in einer beträchtlicheren Tiefe, ge rade so wie die allgemeine Decke durch Impetigo und Ecthyma ange griffen wird. Verschiedene Bedingungen können die Gestalten dieser vie Typen verändern und Varietäten derselben hervorrufen. Ausserdem bie ten die hieher gehörigen Manifestationen der Syphilis Verschiedenheite je nach ihrem Sitz dar und aus diesem Grunde sollen sie auch nac den Orten ihres Vorkommens gesondert betrachtet werden.

§ 68. Die Syphilide an den Schleimhäuten der Ge nitalien.

Das Syphilid der Vulva.

Die Vulva besteht eigentlich aus zwei verschiedenen Abtheilun gen: 1. einer cutanen, welche die äussere Fläche der grossen Labie umfasst, und 2. einer mucösen, welche von der Innenfläche der grosse Labien, von den Nymphen, der Clitoris und von dem Infundibulu

vulvovaginale gebildet wird. Auf der Schleimhautpartie findet man immer jene Formen, welche den Schleimhäuten überhaupt zukommen. Auf der äusseren Fläche der grossen Labien findet man zuweilen die Formen, welchen wir auf den Schleimhäuten begegnen, mitunter aber auch jene, welche auf der allgemeinen Decke gefunden werden, als: die trockenen papulösen Syphilide, die papulo-squamösen, die papulo-crustösen Syphilide, Ecthyma, Impetigo u. s. w. Am häufigsten kommen auf der äusseren Fläche der grossen Labien papulöse Syphilide vor, und zwar als lenticuläre, bestehend aus isolirten, runden, scheibenförmigen, trockenen, leichtschuppigen, verschieden (von linsen- bis über kreuzer-) grossen Papeln. Sie finden sich fast immer in ziemlich beträchtlicher Anzahl, fliessen bisweilen zusammen und bilden papulöse Plaques von beträchtlicher Ausdehnung. Ferner kommt vor das papulöse Syphilid in Gyris, das bereits früher geschildert wurde. Es besteht in gleichmässigen, platten, leicht vorspringenden, rosenrothen oder röthlichen, trockenen Gyris, die leicht mit Schuppen bedeckt, nicht durch Zusammenfliessen benachbarter Papeln entstanden sind, sondern die ursprünglich gleich als solche angelegt waren und eine beträchtliche Ausdehnung haben. Sie nehmen einen mehr oder weniger grossen Theil eines grossen Labiums, manchmal ein ganzes, bisweilen beide grosse Labien auf einmal ein. Mitunter erstrecken sie sich über die Nachbargegenden: über die Genito crural-Falte, das Perinäum, die Schenkel, den Venusberg. Bemerkenswerth ist, dass sie nicht blos eine beträchtliche Anschwellung der Theile, die sie einnehmen, bedingen, sondern dass sie diesen auch eine eigenthümliche Resistenz verleihen. Ein auf diese Weise erkranktes grosses Labium ist nicht einfach an Volumen vergrössert, sondern es ist gleichzeitig hypertrophirt und indurirt; es bietet dem Finger eine eigenthümliche trockene Härte, wie man sie nicht beim Oedem findet, welche sich durch Druck nicht beseitigen lässt, die so wie ein Sclerem Widerstand leistet.

Von anderen Syphiliden, die sich auf der äusseren Fläche der grossen Labien finden, seien erwähnt: die papulo-crustösen, von Papeln gebildet, die von wenig adhärenten, sie krönenden Krusten und Krüstchen bedeckt sind, das impetiginöse Syphilid, das oberflächliche und ausnahmsweise das tiefgreifende Ecthyma. Diese verschiedenen Ausschläge bieten hier kein anderes Aussehen als an anderen Körperstellen. Fallen die Krusten derselben ab, sehen die Efflorescenzen, namentlich wenn ihrer nur sehr wenige vereinzelt vorkommen, einfachen Schankern gleich, mit denen sie leicht verwechselt werden können.

Die Syphilide der äusseren Fläche der grossen Labien kommen sehr häufig mit Syphiliden der Schleimhaut der Vulva gleichzeitig vor und da kann man sich leicht von der Identität beider Formen überzeugen. Man sieht nämlich zu gleicher Zeit an der äusseren Seite der grossen Labien trockene Papeln und an der inneren Fläche feuchte erosive Papeln. Manchmal sitzt eine Efflorescenz zur Hälfte auf der äusseren, zur Hälfte auf der inneren Seite des grossen Labiums und ist auf jener eine squamöse, auf dieser eine feuchte oder eine erosive Papel. Daraus ergibt sich, welchen wesentlichen Einfluss der Sitz auf das Aussehen der Efflorescenz hat.

Die mucösen Syphilide der Vulva sind ungemein verbreitet, so dass die meisten syphilitischen Weiber, namentlich der niederen Classe, von ihnen befallen sind. Man findet sie an der Schleimhaut der Vulva in folgender Häufigkeitsscala: An den grossen Labien (hier sitzen sie am öftesten), an den kleinen Labien, in der Furche zwischen beiden, am Præputium der Clitoris und an dieser selbst, am Infundibulum vulvovaginale, am Vestibulum; ausserdem kommen sie auf der Haut in der Gegend um die Vulva, in der Plica genito cruralis, am Perinäum, an der oberen inneren Schenkelfläche, sogar in der Leiste vor. Alle diese Gegenden bieten nämlich durch Feinheit der Haut, Wärme und constante Bähungen, Aneinanderlagerung und wechselseitige Reibung, Befeuchtung mit Vaginal-Secret, Urin, den Menstrual-Flüssigkeiten günstige Bedingungen für die Umwandlung der trockenen Efflorescenzen in feuchte.

Betrachten wir nun die einzelnen Arten, welche man daselbst findet, näher. Weil an der Vulva die Typen der Schleimhaut-Syphilide fast alle vertreten sind und Schleimhaut-Syphilide überhaupt am häufigsten dort vorkommen, mag eine specielle Erörterung derselben hier gleich Platz finden:

§ 69. **I. Gattung. Die erosiven Schleimhaut-Syphilide** sind oberflächlich und betreffen nur den Substanzverlust des Epithels. Die Erosionen sind gewöhnlich klein, begrenzt, wechseln von Linsengrösse bis zur Grösse eines Kreuzers. Bald sind sie rund, bald elliptisch, ovalär, in der Richtung der Schleimhautfalten verlängert, spaltförmig u. s. w. Sie sind flach und liegen mit den Nachbargeweben in einem Niveau, liefern eine geringe Quantität eines serösen, gelblichen, pyoïden Secretes. Ihre röthliche Farbe ist dieselbe, welche man bei der blossgelegten Schleimhaut bemerkt. Sie sind von den gewöhnlichen Ero-

sionen der Gegenden, an denen sie sich finden, nicht verschieden, schmerzlos, verursachen kein Jucken und werden deshalb manchmal während ihres ganzen Verlaufes von den Kranken nicht beachtet. Das macht sie um so gefährlicher für die Uebertragung, weil die mit solchem Leiden behafteten Frauen nach wie vor den Coitus ausüben. Das erosive Schleimhaut-Syphilid besteht in der Regel aus mehreren neben einander gruppirten Erosionen von der geschilderten Beschaffenheit, deren Anzahl und Umfang klein ist, wenn der Kranke schon behandelt worden ist.

Sie sind unter den mucösen Syphiliden die gutartigsten: gutartig an sich, wenig belästigend und leicht heilend. Wäscht man diese Erosionen mit irgend einer Flüssigkeit, bedeckt man sie mit einem isolirenden Pulver (wie z. B. Oxydum zinci) und mit einer Schichte Watta, so sind sie in 1—2 Tagen verschwunden.

Die Diagnose ist dagegen ziemlich schwer und in einzelnen Fällen sind sie von einfachen Aufschürfungen, herpetischen oder entzündlichen Erosionen nicht zu unterscheiden. Jede einzelne syphilitische Erosion für sich betrachtet, kann von einer einfachen Aufschürfung nicht unterschieden werden. Nur durch ihre gewöhnlich vorhandene, grössere Anzahl, durch die runde Form, ihre Ausbreitung, ihre Indolenz, ihren Sitz in Gegenden, welche durch die geschlechtliche Vereinigung nicht aufgeschürft werden, lassen sie sich von oberflächlichen traumatischen Verletzungen, wie sie der Coitus manchmal mit sich bringt, auseinanderhalten.

Dazu kommt noch, dass anderweitige Manifestationen von Syphilis, die vielleicht gleichzeitig vorhanden sind, und die Anamnese — dunkle Fälle aufklären. Ebenso können entzündliche Erosionen, wie sie die Vulvitis erosiva mit sich bringt, durch ihre beträchtliche Ausdehnung, durch ihre wenig regelmässige Contour, ihre lebhaft rothe Farbe, reichlichere Secretion, grössere Schmerzhaftigkeit meistens, aber nicht immer von den syphilitischen Erosionen unterschieden werden. Die Erscheinungen der periferen Entzündung werden die Diagnose der Vulvitis erosiva zuweilen erleichtern.

Der Herpes nähert sich dem erosiven Schleimhaut-Syphilide noch mehr als das im Vorhergehenden geschilderte Leiden. Er unterscheidet sich dadurch, dass er nur im Beginne pruriginös ist, dass seine Erosionen kleiner, besser umschrieben und bisweilen sogar einfach miliär, regelmässig kreisförmig und ziemlich häufig in Gruppen mit polycyklischen Contouren angeordnet sind.

§ 70. **2. Gattung. Das papulo-erosive Schleimhaut-Syphilid**
(Synonima: Das papulo-mucöse Syphilid, die feucht Papel, der Schleim-Tuberkel, der flache Schleimknote die Schleimpapel etc.)

Diese Form ist die häufigste unter den Schleimhaut-Syphiliden. Jed einzelne Efflorescenz derselben besteht in einem Vorsprunge, eine Papel, die durch ein in dem Bindegewebs-Antheile der Schleimhau sitzendes Neoplasma gebildet wird, abgeplattet, scheibenförmig ist und i der Regel ein Plateau darstellt, das sich wenig über das Niveau der Nach barschaft erhebt. Man kann sagen, dass die neugebildete Masse, welche ih Wesen ausmacht, in Form eines Meniscus abgelagert ist. Ihre Begrenzun ist fast immer kreisförmig und ihre Fläche zuweilen convex, so dass si aussieht, als ob man auf die Schleimhaut ein kleines Zeltchen angeleim hätte. Selten ist sie ovalär, verlängert, elliptisch. Sie ist linsengross bis zu Grösse eines Kreuzers und darüber. Ferner ist die Oberfläche der Schleim papel jenes Epitheliums beraubt, welches gewöhnlich die Schleimhaut be deckt. Sie ist feucht und secernirend wie eine Wunde, sie liefert abe doch nur eine trübe, seröse Flüssigkeit, die solche Flecke in der Wäsch hervorruft, wie das Secret einer Vesicatoir-Blase, und in welcher da Microscop eine Mischung von Epithelzellen und Eiterkörperchen gefun den hat. Dieses Secret ist selbst, wenn die Anzahl der Papeln gerin ist, ziemlich copiös und hat einen faden, nahezu fötiden Geruch, wel cher aber nichts Eigenthümliches darbietet. Wenn die Kranken kein Umschläge machen und unrein sind, so steigert sich dieser Geruch bi zum Ekelhaften.

Die erodirte Oberfläche der einzelnen Efflorescenz ist bald glat und eben, bald leicht granulirt und chagrinirt, verschieden in de Farbe, aber meist dunkelroth. Bisweilen ist sie mit weissen, feine Körnchen besetzt.

An und für sich ist sie indolent; sie erzeugt während ihre ganzen Verlaufes kein Jucken, kein Stechen, keinen Schmerz. Nu wenn sie durch Reiben, durch Gehen, Mangel an Pflege irritir wird, veranlasst sie ein mehr oder weniger gênantes, bisweilen soga schmerzhaftes Jucken. Gleichzeitig röthet sich dann die Oberfläche, se cernirt mehr und das Secret nähert sich dem Eiter.

Das papulo-mucöse Syphilid besteht aus einer mehr oder wenige beträchtlichen Anzahl solcher Papeln, welche nahe nebeneinander stehe und bald mehr, bald weniger zusammenfliessen; — in seltenen Fälle

ist die ganze Vulva und Gegend um dieselbe buchstäblich von derartigen Syphilisproducten bedeckt, doch gibt es auch Fälle, wo man nur 2 oder 3, auch wohl nur eine einzige wahrnehmen kann.

Sehr häufig findet man, dass, wenn eine Papel auf einer Seite des Körpers entwickelt ist, auf der jenseits der Medianlinie gegenüberliegenden, mit dieser Stelle in Contact kommenden Partie der Schleimhaut oder Haut sich eine zweite entwickelt. Das hat zu dem Irrthume Veranlassung gegeben, als wäre das Secret der Papel autoinoculabel (d. h. impfbar an dem Träger derselben). Die experimentelle Impfung hat aber das Gegentheil erwiesen. Es verdankt vielmehr diese zweite, der ersten gegenüberliegende Papel ihre Existenz der Reizung, welcher ihr Sitz durch den Contact mit dem Secrete jener früher vorhanden gewesenen Papel unterworfen ist, d. h. die ganze betreffende Haut oder Schleimhaut ist zur Papelbildung geneigt, an der durch Papelsecret irritirten Stelle jener Partie aber entwickelt sich die in Rede stehende Efflorescenz leichter als anderwärts. Es wirkt somit die eine Papel auf die gesunde, später von einer zweiten eingenommene Hautstelle gerade so, wie ein anderer Hautreiz und **nicht** durch ihre Specificität.

Wenn mehrere Papeln nahe bei einander entstehen, geschieht es oft, besonders in der Vulva, dass sie bei fortschreitender Vergrösserung verschmelzen und einen Gyrus darstellen. Dieser Gyrus hat natürlich eine der Anzahl zusammengeflossener Efflorescenzen entsprechende Ausdehnung. Er ist oft so beträchtlich, dass er über ein grosses Labium und über die Nachbarschaft desselben hinaus sich erstrecken kann und stellt dann ein mehrere Centimeter im Umfange messendes, 2–3 Millimeter über die Nachbarschaft erhabenes, grosses papulöses Plateau dar. Man erkennt ohne Mühe schon an dem Umstande, dass die Circumferenz aus aneinanderstossenden Kreissegmenten gebildet erscheint, die Art seiner Entstehung. Bald breitet sich ein solcher Gyrus weit über eine Fläche aus, bald verlängert er sich nach der Richtung einer Hautfalte, je nach dem Sitze. Er ist roth, entzündet, pruriginös, secernirt reichlich eine seropurulente, gelbliche Flüssigkeit und überzieht sich stellenweise mit Krusten. Seine granulirte Oberfläche ist von mannigfach sich durchkreuzenden Furchen, Spalten und Rhagaden durchzogen, die sich häufig ulceriren. Sich selbst überlassen, wird die neugebildete Masse, welche den Gyrus constituirt, hypertrophisch. Dies kommt sehr häufig bei Frauen, die sich vernachlässigen, vor.

Allen diesen Papeln gemeinsam ist der anatomische Bau, welcher sehr einfach ist und in einer Hypertrophie der oberflächlichen Schichten des Bindegewebs-Antheiles der Schleimhäute besteht.

Das Microscop weist eine Hypertrophie der Schleimhaut-Papillen und eine reichliche Zellenwucherung in den Maschenräumen ihrer Textur nach. Ist die Neubildung vollendet, so beginnt an der Oberfläche ein erosiver Process, welcher den Verlust des Epithels auf dem Neugebilde bewirkt.

Ferner ist allen Papeln die rasche Resolution und in Folge dessen die leichte Heilbarkeit gemeinsam. An und für sich hat das in Rede stehende Syphilisproduct allerdings keine Neigung zu heilen; sich selbst überlassen oder vernachlässigt, besteht es lange Zeit und wird sehr oft hypertrophisch. Wenn man es aber behandelt, ja wenn man selbst nur örtliche Mittel anwendet, ohne eine Allgemeinbehandlung einzuleiten, verändert es sich rasch; die feuchte Papel wird innerhalb 24 Stunden eine trockene, dann verkleinert sie sich, atrophirt und resorbirt sich in einigen Tagen, höchstens in einigen Wochen. Deshalb empfiehlt sich nur eine einfache Behandlung dieser Krankheit. Einige Aerzte cauterisiren die Papel der Vulva mit Zinkchlorür, mit salpetersaurem Quecksilberoxyd, mit Essigsäure, Chromsäure u. s. w. Damit macht man dem Patienten nur unnöthige Schmerzen und verlängert eher die Dauer des pathologischen Productes als dass man sie abkürzt. Andere beschränken sich darauf, die Papel mit Nitras argenti en crayon zu bestreichen. Auch das ist überflüssig, weil es die Resolution nicht beschleunigt, und dazu kommt noch, dass es den Kranken bedeutende Schmerzen macht, namentlich wenn die Cauterisation grosser Flächen nothwendig ist.

Die allein nöthige und immer erfolgreiche einfache Behandlung besteht in Folgendem: Oft wiederholte Bäder, dreimal im Tage wiederholte Waschung mit irgend einer siccativen Flüssigkeit (z. B. der Solutio Labarraque, welche durch Wasser verdünnt ist nach der Formel: Wasser 250, Solutio Labarraque 60 Theile), dann nach der Waschung Verbinden mit einem isolirenden Pulver und einem Watta-Tampon, der durch eine T-Binde befestigt wird.

Das Pulver hat nur den Zweck, die Papel trocken zu halten und von den gegenüberliegenden Parthien zu isoliren. Es soll also indifferent, nicht reizend sein (z. B. Oxydum zinci wird besser sein, als das von altersher in solchen Fällen gebrauchte Calomel). Diese Behandlung ge-

nügt, um in einigen Tagen die Vertrocknung herbeizuführen, worauf dann die Resorption beginnt.

§ 71. 3. **Gattung. Das papulo-hypertrophische Schleimhaut-Syphilid** ist nur eine Varietät des vorhergehenden, aber eine sehr wichtige. Es basirt auf einer enormen Vergrösserung der Papeln durch beträchtliche Hypertrophie ihrer Elemente, wodurch wirkliche Tumoren entstehen. Man findet es an allen Stellen, wo gewöhnlich die Papel sitzt, aber am häufigsten am freien Rande und der äusseren Fläche der grossen Labien, in der Genito-crural-Falte, an der oberen inneren Schenkelfläche, am Perinäum und am Rande des Anus.

Es hat nur eine Entstehungsursache und das ist die Unreinlichkeit, der Mangel jedes Verbandes, jeder Hygiene, der bis zum Aeussersten getriebene Schmutz. Man wird es daher niemals bei Frauen beobachten, welche sich pflegen. Denn wenn man die Schleimhautpapel, wie schon gesagt worden ist, nur der geringsten Pflege unterwirft, bildet sie sich zurück. Man findet sie deshalb auch nur bei Weibern der niedersten Classe, welche verwildert oder verkommen sind, oder auch bei Kranken der besseren Stände, wenn sie aus Schamhaftigkeit oder sonst einem Grunde es so lange als möglich hinausgeschoben haben, ärztliche Hilfe zu suchen. Manchmal erreichen die Efflorescenzen unter solchen Umständen die Grösse von grossen Haselnüssen. Meist stehen sie in Haufen beisammen und confluiren. Im letzteren Falle bilden sie Tumoren, die mit einer breiten Basis aufsitzen und rothwarzige Massen darstellen, welche die beiden Eigenthümlichkeiten der Papel und der spitzen Warze vereinen. Wenn sie isolirt sind, stellen sie warzenartige runde und convexe Erhabenheiten dar. Wenn sie in Haufen beisammen stehen, bilden sie mehr oder weniger ausgebreitete Gyri, welche einige Millimeter hoch über das Niveau der benachbarten Gewebe emporragende, förmliche Schleimhaut-Plateaux bilden. Die isolirten können so gross wie eine grosse Erbse sein, aber auch die Gestalt eines Champignons annehmen, dessen Hut ungefähr 10 Centimeter Umfang und bei 2 Centimeter Höhe hat.

Das sind die Wucherungen, welche die Alten mit dem Namen Syphilis luxurians, Syphilis vegetans belegt haben und welche die Neueren Papules elefantiasiques nennen. Die Oberfläche dieser Gebilde ist lichtroth — wenn sie gereizt und entzündet werden, dunkelroth; sie ist körnig, uneben, wie die Oberfläche einer Maulbeere, zerklüftet und

von Vertiefungen durchzogen, welche den Vereinigungsstellen der ursprünglich getrennten Papeln entsprechen. In dieser Beziehung sehen sie den nichtsyphilitischen Spitzen-Warzen-Wucherungen ähnlich, unterscheiden sich aber von diesen dadurch, dass sie nicht die verästelte, baumförmige Structur der letzteren besitzen. Die Oberfläche ist ferner auch erodirt, bisweilen excoriirt und an einzelnen Punkten ulcerirt. Sie sondert reichlich eine saniöse, fötide, seropurulente Flüssigkeit ab, welche die Wäsche so steif macht, wie das Sekret einer Vesicatoirblase oder eines blennorrhagischen Ausflusses. Bisweilen bedeckt sie sich theilweise, besonders auf dem häutigen Theile der Vulva mit Krusten, welche durch die Producte der Exsudation entstanden sind. Manchmal, was gewöhnlicher ist, exulcerirt sie sich an einzelnen Stellen und zeigt hie und da unregelmässige Vertiefungen, welche mit grauem, übel aussehendem Eiter reichlich bedeckt sind. Zuweilen findet man daselbst Inseln von einer grünlichen oder bräunlichen Farbe, die von einer örtlichen Mortification des Tumor unzweifelhaftes Zeugnis abgeben. Die Secretion, welche diese massigen Wucherungen, die geschwürig oder gangränös zerfallen sind, liefern, riecht in einer excessiv ekelerregenden Weise übel.

Die hypertrophische Entwickelung der Papel ist im Beginne nicht von Schmerzen begleitet, aber später, wenn entzündliche Erscheinungen in consecutiver Weise sich zu Efflorescenzen dieser Art gesellen, können mehr oder weniger heftige Schmerzen auftreten; die den Wucherungen zunächst gelegenen Partien röthen sich und werden pruriginös; erosives Frattsein entsteht an der Oberfläche dieser Parthien, welche ein blennorrhoides Secret liefert. Die Vulva schwillt an, die grossen Labien turgesciren, werden hart, erisipelatös, verdoppeln oder verdreifachen ihr Volumen und sind wie sclerosirt; die kleinen Labien werden ödematös, das Perinäum, der Rand des Anus, die inneren oberen Schenkelflächen, welche von Eiter bespült sind, entzünden sich zu gleicher Zeit; heftige Schmerzen treten auf, besonders beim Gehen und Stehen, Funktionen, die schliesslich fast unmöglich werden.

Diese Zustände sind, so schauerlich sie auch aussehen, sehr leicht zu behandeln und bessern sich rasch. Die einfache Behandlung ist in solchen Fällen die beste. Man beschränkt sich auf die Anordnung von Ruhe, von Zeit zu Zeit wiederholter lauer Bäder, häufiger Abwaschungen. Man applicirt Verbände von einem isolirenden Pulver, das mit Watta bedeckt ist und alsbald ändert sich der Zustand zum Besseren. Innerhalb 2—3 Tagen beruhigen sich die Schmerzen, vermindert sich

die Secretion, verschwindet der ekelhafte Gestank, und die Oberfläche der Wucherungen beginnt trocken zu werden. Nach einer weiteren Woche ist schon keine Spur von einem Secret, und die champignonartigen Wucherungen nehmen bedeutend an Umfang ab. Sie fangen an, sich zu resorbiren, und in einer je nach Umfang und der Masse der hypertrophischen Papel und je nach dem Einfluss anderer noch nicht vollständig bekannter Umstände verschieden langen Zeit ist die regressive Metamorphose vollendet. Gewöhnlich braucht sie 4—8 Wochen. Wenn die Resorption zögern sollte, so kann man durch einige ganz oberflächliche Cauterisationen mit Nitras argenti oder durch einen Verband mit Jodtinctur dieselbe beschleunigen. Selbstverständlich muss neben allem dem eine antidyscrasische Behandlung stattfinden, und schliesslich sei noch der zuweilen gemachten Wahrnehmung erwähnt, dass diese hypertrophischen Massen auch ohne jede weitere Medication und ohne chirurgischen Eingriff — spurlos schwinden und sogar keine Narbe zurücklassen.

§ 72. **4. Gattung. Das ulceröse Schleimhaut-Syphilid** ist am seltensten unter den hier abgehandelten Erkrankungen, wird aber darum doch häufig beobachtet, weil eben Schleimhaut-Syphilide überhaupt, wie bereits wiederholt gesagt, die häufigsten Manifestationen der Allgemeinerkrankung sind. Es tritt auch etwas später im Gesammtverlaufe der Krankheit auf, als die drei früher geschilderten. Die Efflorescenzen desselben sind ziemlich widerstandsfähig und darum ziemlich schwer zu behandeln, und weil sie dem einfachen Schanker ähnlich sind, geben sie zu diagnostischen Irrthümern Veranlassung. — Dieses Schleimhaut-Syphilid besteht nämlich in Geschwüren der Mucosa der Vulva, welche plötzlich auftreten, ohne dass Papelbildung vorausgegangen ist, was zum Theil mit Ursache ist, dass man die einzelnen Efflorescenzen mit gewöhnlichen weichen Schankern verwechseln kann. Es entspricht dem ulcero-crustösen Syphilide der Haut (dem pustulo-crustösen Syphilide, dem Ecthyma, der Impetigo u. s. w.); nur fehlt die Kruste, welche sich auf der Schleimhaut der Vulva wegen der von Haus aus starken Secretion nicht entwickeln kann — Es kann auf allen Theilen der Vulva vorkommen. Am häufigsten findet man es auf der inneren Fläche der grossen Labien, der kleinen Labien, dem Vestibulum, dem Scheideneingange, wo es mehr als anderwärts Grund zu diagnostischen Schwierigkeiten bietet. Bisweilen, aber ziemlich selten, überschreitet es die mucösen Antheile der Vulva, um auf die benachbarte Haut überzugreifen. Die einzelnen Ulcerationen haben eine verschiedene Grösse. Sie sind linsen-

gross bis zur Grösse eines Pfirsichkerns und darüber. Manchmal bilde sie auch so grosse Geschwüre, dass sie ein ganzes grosses Labiu oder ein kleines Labium oder, was seltener ist, einen grossen Anthe der Schleimhaut der Vulva bedecken. Sie haben nichts Specifisches a sich. Sie sind bald oberflächlich und bald etwas leichtgrubig vertief mannigfach in Form: kreisförmig, halbkreisförmig, ovalär, elliptiscl auch unregelmässig begrenzt; ihre Farbe ist entweder gelbroth ode dunkelroth; der Grund ist gewöhnlich glatt und eben, zuweilen unebe und runzelig; ihre Ränder sind entweder steil oder aufgeworfen; die Basi ist meist weich, selten resistent, die Secretion endlich ist im Allgemeine ziemlich reichlich und viel besser beschaffen, als die von vielen andere Schleimhaut-Syphiliden.

Aus dem Gesagten ersieht man, dass ihnen eigentlich speciell Eigenschaften nicht zukommen. Nur eine Eigenthümlichkeit kann ma wenn man will, herausfinden: die, dass der Contour der einzelne Efflorescenzen, ob sie jetzt allein stehen oder gruppirt sind, häufig ei Kreis oder das Derivat eines Kreises ist. Diese Eigenthümlichkeit kan für die Differential-Diagnose verwendet werden. Leider fehlt sie in seh vielen Fällen, so dass die Diagnose äusserst schwierig wird und nu wie anderwärts, auf die Betrachtung gleichzeitig vorhandener, sonstige Manifestationen der Syphilis und auf die Erwägung der Anamnese ge stützt werden kann, so dass hier wieder der Lehrsatz gilt, niemals au ein Symptom allein hin eine Efflorescenz als eine syphilitische zu be zeichnen.

Wie aus allem dem hervorgeht, kann dieses Schleimhaut-Syphili mit zwei Krankheiten am meisten verwechselt werden. Diese sind: das ulceröse Scrophulid und der einfache Schanker — Das erstere besitzt eben so wenig wie die früher abgehandelte Er krankung ein specielles pathognomonisches Zeichen. Man weiss nur vo ihm, dass es überhaupt ziemlich selten, besonders auf der Schleimhaut de Vulva selten ist; dass es gewöhnlich ausgebreiteter und mehr in die Tief greifend, als die ihm ähnlichen Syphilide der Haut und der Schleim haut ist; es hat nicht die Tendenz zur Kreisform, ist wesentlic chronisch und verhält sich auffallend hartnäckig gegen jede, soga gegen die anti-scrophulose Therapie; endlich kommt es, wenn auch nich immer, neben anderen unzweifelhaften Zeichen von Scrophulose vor

Bisweilen wird die Diagnose noch durch die Anamnese, durc den Habitus scrophulosus des Kranken, durch den Mangel syphilitische

Antecedentien u. s. w. ermöglicht. Aber in den meisten Fällen ist diese Differential-Diagnose sehr schwer zu machen; und es bleibt oft in dem Zweifel, dem man ausgesetzt ist, nichts Anderes übrig, als gewissermassen als Probirstein die anti-syphilitische Behandlung zu versuchen. Die Schwierigkeiten der Differential-Diagnose häufen sich, ja sie wird zuweilen ganz unmöglich, wenn man einen Kranken vor sich hat, der syphilitisch und scrophulös zu gleicher Zeit ist.

Leichter ist es, den einfachen Schanker von dem ulcerösen Schleimhaut-Syphilid zu unterscheiden. Man wird ersteren daran erkennen, dass er gewöhnlich in mehreren Exemplaren zugleich auftritt, dass seine Ränder steiler sind, der Grund grubiger, unebener, die Farbe gelber ist. Hat sich eine concomitirende Drüsenanschwellung entwickelt, so wird dies gleichfalls die Diagnose erleichtern u. s. w. Doch wird es nicht immer möglich sein, auf den ersten Blick so zu sagen eine präcise Diagnose zu liefern, denn der einfache Schanker präsentirt sich nicht immer mit seinem gewohnten charakteristischen Aussehen, besonders wenn er in der Nähe des Vulvarringes sitzt, und es bleibt in vielen Fällen nichts Anderes übrig, als zur Impfung seine Zuflucht zu nehmen.

Das ulceröse Schleimhaut-Syphilid ist nicht so gutartig wie die anderen bisher abgehandelten Schleimhaut-Syphilide. Eine einfache Therapie genügt nicht, um es zu beseitigen, sondern es muss eine wirksame örtliche Behandlung platzgreifen und manchmal ist es ziemlich rebellisch gegen alle Medicamente. Man wird also ausser der Allgemeinbehandlung zu örtlichen Mitteln seine Zuflucht nehmen müssen, zu lauen (alle 2—3 Tage im Durchschnitte) wiederholten Bädern, fleissigen Abspülungen, sorgfältig und dreimal täglich erneuerten Verbänden mit Charpie, die in eine schwache Silber-Salpeter-Lösung (1 : 100 oder 1 : 60 Wasser) getaucht ist. In einzelnen Fällen wirkt leichtes Touchiren mit Nitras argenti en crayon, alle 5 bis 6 Tage wiederholt, oder ein einfacher Verband mit trockener Charpie. Jodoform kann in rebellischen Fällen schon wegen des Geruches mit Nutzen gebraucht werden. Man wendet es als Pulver an, welches über das ganze Geschwür gestreut wird und das man mit Watta oder Charpie bedeckt, und erneuert den Verband zweimal in 24 Stunden. Man kann auch mittelst eines eigenen Pulverisateurs das Medicament appliciren.

Andere örtliche Mittel, welche gegen das ulceröse Schleimhaut-Syphilid vorgeschlagen wurden, sind: Jodtinctur, Tartras ferri carbonici, Tannin, Chinapulver, Calomelpulver, graue Salbe u. s. w.

§ 73. Diese vier verschiedenen Typen der Schleimhaut-Syphilide, welche im Vorausgehenden abgehandelt wurden, können sich in der mannigfachsten Weise combiniren. Am häufigsten allein kommt das ulceröse Schleimhaut-Syphilid vor. Gleichzeitig mit ihnen sieht man gewöhnlich Hautsyphilide auf den häutigen Antheilen der Geschlechtsorgane. — Durch verschiedenerlei Modificationen entstehen mannigfache Varietäten der Schleimhaut-Syphilide. So sieht man zuweilen, dass die Schleimpapel, anstatt erhabene Plateaux darzustellen, in der Mitte eingedrückt ist und die Form eines Näpfchens annimmt. — Ein andermal sieht man die Farbe dieser Papel, die sonst roth ist, verändert; sie ist grau, weisslich und stellt die sogenannten Plaques opalines dar. Manchmal sind die Efflorescenzen dieser Art so dicht, so zahlreich, dass es den Anschein hat, als ob man eine Pseudo-Membran vor sich hätte. Wenn diese scheinbare Haut zu einer Schwarte sich umzugestalten scheint, so entsteht die diphtheritische (oder besser nach Fournier). diphtheroide Papel. — Manchmal haben diese Efflorescenzen ein gewisses schmutzig-graues Aussehen, wie ordinäres Porcellain, und heissen sie auch darum Porcellainpapel. In anderen Fällen haben die hier in Rede stehenden Syphilisproducte, namentlich die in Gyris angeordneten, an der Vulva sitzenden stellenweise einen gelblichen Ueberzug, was besonders bei jungen Individuen bemerkt wird. Das Aussehen dieser Gebilde wird noch geändert durch den Umstand, dass ihr Secret zu einer Kruste vertrocknen kann; das ist häufig der Fall mit den Papeln am freien Saume oder an der äusseren Fläche der grossen Labien. Diese Efflorescenzen nehmen dann ein impetiginöses oder eczematöses und selbst ecthymatöses Aussehen an. Endlich geschieht es, dass die Papel wirklich ulcerirt. Es entsteht ein gewisser moleculärer Zerfall ihrer Oberfläche, in Folge dessen sie wenigstens in einem Antheile zu einem geschwürigen Substanzverlust umgewandelt wird. Dieser Process beginnt immer in der Mitte und schreitet gegen die Peripherie vor. Er begrenzt sich entweder nahe der Mitte oder er betrifft einen grossen Theil des Gebildes, manchmal das ganze Gebilde, so dass von diesem nichts übrig bleibt als eine Art Wall, welcher das Geschwür umsäumt. Dass auf Kosten der Papel entstandene Geschwür kann lange Zeit oberflächlich bleiben oder eine Tiefe von 2—3 Millimetern erreichen, betrifft nur die neugebildete Substanz der Efflorensenz, lässt die benachbarten unterliegenden Gewebe vollkommen intact und hat kein ihm speciell zukommendes Kennzeichen, welches ihm ein be-

sonderes Gepräge geben würde. Wenn der moleculäre Zerfall mehr die einander benachbarten oder in Gyris vereinigten Papeln ergriffen hat, so kann dadurch ein ziemlich ausgedehntes Geschwür entstehen. Diese ausführlich geschilderte Varietät führt den Namen papulo-ulceröses Schleimhaut-Syphilid und ist nicht zu verwechseln mit dem gleich von vornherein als ulcerös auftretenden Schleimhaut-Syphilide. Dieser Unterschied ist um so wichtiger, als auf ihn die Prognose beruht. Das papulo-ulceröse Syphilid heilt rascher und leichter als das ulceröse. Das erstere heilt unter der Behandlung, unter welcher überhaupt die Schleimhautpapeln sich zurückbilden. Das letztere ist, wie schon aus dem Früheren hervorgeht, hartnäckiger. Ferner lässt das papulo-ulceröse Syphilid keine Narben zurück, denn der geschwürige Process ergreift, wie auseinandergesetzt wurde, nur das Neugebilde. Das ulceröse Schleimhaut-Syphilid lässt dagegen Narben zurück, welche, so gering sie auch sein mögen, doch etwas vertieft und andauernd sind.

Die eben geschilderten Schleimhaut-Syphilide bieten eine Configuration dar, welche eine Nachahmung von jener der Hautsyphilide ist und die sie von allen anderen nichtsyphilitischen Erkrankungen der Schleimhäute sondert. Die Schleimpapel stellt bisweilen Kreise dar, das erosive Schleimhaut-Syphilid stellt gleichfalls Kreise dar und bisweilen, wenn das Centrum des Kreises normales Gewebe geblieben ist, Fingerringen oder Halbringen oder Halbmonden ähnliche Zeichnungen. Auch das ulceröse Syphilid hat die Geneigtheit zur Kreisbildung. Sieht man also an der Vulva eine Erosion oder eine Ulceration von Kreisform, so wird man wenigstens mit vieler Wahrscheinlichkeit die Diagnose Syphilis machen können.

§ 74. Sehr oft entwickeln sich Syphilide der Vulva auf dem häutigen oder schleimhäutigen Antheile, ohne Rückwirkung auf die benachbarten oder auf die unterliegenden Gewebe, aber in gewissen Fällen rufen sie an diesen bedeutende Reactions-Erscheinungen, örtliche Entzündungen, lymphatische Irritationen hervor. Mit einem Worte, sie schaffen mehr oder weniger intensive, mehr oder weniger ernste Complicationen.

Diese sind: 1. Erythem in der Nachbarschaft, die einfachste und gewöhnlichste Complication. In der Umgebung der Syphilide und in verschieden grosser Ausdehnung entsteht subinflammatorisch

ein rother Hof, durch periphere Fluxion. Dieser Zustand hat in praxi nichts zu bedeuten.

2. Intertrigo, — geht bisweilen aus dem vorigen Zustande hervor, ist röther als ein gewöhnliches Erythem, ziemlich juckend, extensiv und nimmt die ganze Vulva, das Perinäum, die Regio genito-cruralis, die innere Schenkelfläche beiderseits ein. Indem die intertriginösen Partien fortwährend mit reizendem Secrete bespült werden, können sie sich ihrerseits stellenweise exulceriren, entzünden, können mit Granulationen besetzt werden und sich in ausgedehnte, erosive, rothe oder livide eiternde, schmerzhafte Gyris umwandeln, welche von den Hautfalten entsprechenden Furchen oder Rhagaden durchzogen sind.

3. Oft ist die lymphatische Entzündung, welche das vulväre Syphilid begleitet, mit über die grossen und kleinen Labien ausgebreitetem Oedeme vergesellschaftet.

4. Bisweilen veranlasst der entzündliche Process in dem subcutanen und submucösen Bindegewebe umschriebene Entzündungsherde welche zu Abscessen werden.

5. Seltener verbreitet sich die Entzündung auf die Lymphdrüsen oder Lymphstränge; die Lymphdrüsen werden hart, schwellen an, bleiben aber fast immer indolent und nicht entzündet; sie bilden eine Art kalter Adenopathien, welche alle Erscheinungen des syphilitischen Bubo besitzen, wie sie bei den Pleiaden erörtert wurden. Auch die Lymphstränge schwellen an, werden hart, bleiben aber schmerzlos; sie werden rabenfederkieldick und sind durch die Haut durchzufühlen. Man kann sie oft in der ganzen Ausdehnung der Genito-crural-Gegend verfolgen, wobei man findet, dass sie in der Diagonale gegen die Leisten aufsteigen.

6. In anderen Fällen zeigt sich an der Vulva, besonders an den grossen Labien, seltener an den kleinen, eine Härte, welche an das Sclerem erinnert und die von Fournier Induration sclereuse, von älteren Beobachtern mit Unrecht syphilitisches Oedem genannt wurde. Dieser Zustand bietet folgende Symptome: Die grossen oder die kleinen Labien schwellen an, bleiben indolent, werden nahezu zwei- bis viermal so gross als im normalen Zustande und sehr hart. Das Tastorgan des Untersuchenden hat nicht die Empfindung, wie bei der ödematösen Schwellung dieser Theile, indem die Spannung auf Fingerdruck weicht. Es hat auch nicht die Empfindung wie bei dem teigig weichen Anfühlen, welches die entzündliche Anschwellung begleitet. Es

nimmt eine trockene, elastische, nicht zusammendrückbare, eigenthümliche Härte wahr, etwa so, wie man sie beim Sclerem findet. Diese anormale Härte verdoppelt die Basis der Efflorescenz des Schleimhaut-Syphilids, überschreitet aber die Grenze dieser Basis, so dass entweder ein bedeutender Theil des grossen oder kleinen Labiums, oder das ganze grosse oder kleine Labium von ihr ergriffen ist. Sie ist vollkommen schmerzlos bei der Betastung; endlich ist sie oft, aber nicht immer, von einer Verfärbung der ergriffenen Partien begleitet, indem die mit diesem Zustande behafteten grossen Labien gewöhnlich dunkelrosenroth, die kleinen lebhaft roth sind. Diese Veränderung bemerkt man besonders an den grossen Labien und zwar an einem allein oder an beiden gleichzeitig; seltener ist sie an den Nymphen, bisweilen am Präputium clitoridis oder an der Clitoris selbst, welche dann knorpelhart werden. Es ist vollkommen unbekannt, wodurch diese Härte bedingt wird. Man vermuthet nur, dass sie durch eine plastische Entzündung der subcutanen oder submucösen Lymphgefässe veranlasst ist. Einmal entwickelt, besteht sie lange Zeit, mehrere Wochen oder Monate, aber immer resorbirt sie sich.

7. Eine Folge der vorausgehenden Veränderung ist die Verunstaltung der Vulva, welche je nach dem Sitze der Schleimhaut-Syphilide verschieden ist. Manchmal sind diese Verunstaltungen geradezu monströs, namentlich an den Labien, die merkwürdige Gestalten annehmen. Die kleinen Labien können zu steifen Kämmen oder zu dicken Wülsten werden, die wie angesogene Blutegel zwischen den grossen Labien sich vordrängen und zwischen den Schenkeln herabhängen. Manchmal drehen sie sich dabei korkzieherartig um ihre Achse. Die grossen Schamlippen können den Umfang einer Orange erreichen und ist nur eine ergriffen, dann bedeckt sie die andere vollständig und versperrt den Eingang in die Vulva; sind aber beide ergriffen, dann legt sich eine Geschwulst an die andere, sie drücken sich wechselseitig, sie platten sich ab, und das Ganze sieht aus wie zwei Melonenschnitte, welche durch eine verticale Furche getrennt sind. Haben sie diesen enormen Umfang erreicht, so verschwinden neben ihnen die ursächlichen Erkrankungen. Obschon dieser Umstand nur ein nebensächlicher ist, so kommt es doch vor, dass er die eigentliche veranlassende Erkrankung überdauert und ziemlich lange besteht. Ist die Schwellung entzündlich oder ödematös, so vergeht sie bald, hat man es aber mit scleröser Infiltration zu thun, so braucht sie zur vollständigen Rückbildung drei bis

vier Monate, auch noch länger. Uebrigens hat diese ganze Erscheinun keine praktische Wichtigkeit, denn, wie schon gesagt, der Zustand sieh nur fürchterlich aus, macht aber kein chirurgisches Eingreifen, um beseitig zu werden, nöthig. Es bedarf zur Heilung, wenn Schwellung und Deformit durch Oedem bedingt sind, wie gesagt nur einer kurzen Zeit, aber ziem lich exacter Hygiene, der Ruhe, häufig (wenigstens alle zwei Tage) wie derholter Bäder, häufiger Bespülungen der Genitalien und Einspritzun gen in die Scheide, fleissiger Application von Verbänden, welche gege die Schleimhaut-Syphilide (die Veranlassung dieser Complication) ge richtet sind, Bepinselungen mit Jodtinctur (in hartnäckigen Fällen). Da neben muss natürlich die Allgemeinbehandlung platzgreifen.

Bevor wir dieses Capitel verlassen, sei noch der Folliculiti vulvalis specifischen Ursprunges erwähnt. Sie ist in der Periode de Frühformen ziemlich häufig und veranlasst verschiedenartige Zustände welche in den 3 Hauptgruppen: hypertrophische (trockene), abscedirend (eiternde) und ulceröse Folliculitis zusammengefasst werden. — Am häu figsten ist die hypertrophische Folliculitis. Ihre Symptome sind folgende Auf der äusseren Fläche der grossen Labien oder am freien Rand der selben bilden sich erbsengrosse Tumoren, welche hemisphärische, wen sie jung sind stecknadelkopfgrosse, wenn sie die vollständige Entwick lung erreicht haben erbsengrosse Vorsprünge darstellen. Sie sind rot trocken und mit veränderter oder leicht schuppender Epidermis bedeckt Solid, resistent und offenbar durch ein Neoplasma gebildet, entwickel sie sich schmerzlos und bleiben auch gegen Druck während ihre ganzen Dauer indolent. Gewöhnlich sind sie ziemlich zahlreich, selte kommen ihrer nur wenige vor. Bald sind diese Tumoren isolirt, bal stehen sie in Gruppen beisammen, verschmelzen an ihrer Basis, blei ben aber an ihrer Spitze unverschmolzen. Beim ersten Anblick würd man sie für Papeln halten oder für spitze Warzen, aber bei genauere Untersuchung findet man in der Mitte kleine punktförmige Eindrücke wie wenn man in ein Wachsklümpchen mit einer Nadel hineingestoche hätte, und das scheint die Mündung des Ausführungsganges eines Drüs chens zu sein. Manchmal kommt aus dieser kleinen Oeffnung ein Här chen. Aus diesem Umstande kann man mit Gewissheit schliessen, das man es mit einem erkrankten Follikel zu thun hat. In welcher Weis ist nun dieser Follikel erkrankt? Es hat in ihm wahrscheinlich dieselb Neubildung stattgefunden, deren schon wiederholt erwähnt worden ist Doch ist darüber nichts Gewisses bekannt. Aber man weiss, dass dies

Art von Folliculitis nicht wie eine andere rasch zur Eiterung führt, sondern dass sie längere Zeit hart und indolent fortbesteht.

Diese kleinen Tumoren sind schwer zu beseitigen. Was einem noch am wenigsten im Stiche lässt, sind Bepinselungen mit ätzender Jodtinctur und wenn auch diese nicht helfen, bleibt nichts Anderes übrig, als die kranken Gebilde wegzuschneiden.

Eine andere Erkrankungsform der Follikel ist diejenige, bei der es zur Eiterung kommt. Nachdem der Follikel den im Vorhergehenden geschilderten Zustand durchlaufen hat, secernirt er bisweilen; an der Spitze bildet sich eine von vertrocknetem Secrete herrührende, gelbliche Kruste und diese bedeckt einen kleinen Eiterherd; wenn man sie beseitigt oder wenn sie abfällt, entleert sich der Eiter und man sieht ein kleines, kraterförmiges, umschriebenes Geschwür mit vorspringenden Rändern. Das ist der Verlauf der ulcerösen Folliculitis. Ein solches Geschwürchen hat beiläufig 2—3 Millimeter Durchmesser und lässt sich durch die kraterförmige Vertiefung, durch den regelmässigen Contour, durch den kleinen Umfang von Geschwüren anderer Art unterscheiden. Manchmal jedoch erreichen die Substanzverluste den Umfang einer Mandel, besonders wenn mehrere derselben zusammenfliessen. Dann kann man sie leicht mit den gewöhnlichen ulcerösen Syphiliden, mit einem weichen Schanker oder mit irgend einem anderen Geschwüre verwechseln, namentlich wenn man nicht die ganze Entwicklung des Leidens vom Beginne an beobachtet hat.

§ 75. Die Schleimhaut-Syphilide der Vagina und des Uterus.

In der Scheide und an der Vaginalportion des Uterus kommen (im Verhältniss zur Vulva) selten Schleimhaut-Syphilide vor. Doch sind sie nicht so sehr selten, wie man vor der Zeit der Anwendung des Speculums gedacht hat. Da sie keine Schmerzen verursachen, entgehen sie sehr leicht dem Kranken und auch der ärztlichen Beobachtung. Die Syphilide der Scheide kommen gleich hinter dem Scheideneingange und in der oberen Ampule vor; in der Mitte der Vagina werden sie nicht häufig beobachtet; der Grund hievon ist unbekannt. Hinter dem Scheideneingange sind sie entweder erosiv oder ulcerös, die wahre Papel zeigt sich da nicht oft. — Die Diagnose bietet ziemlich viele Schwierigkeiten; einerseits, weil die erosiven und papulösen Schleimhaut-Syphilide keine speciellen Eigenschaften an sich tragen, und anderseits, weil der weiche Schanker, wenn er hier beobachtet wird, seine specifischen Eigenschaf-

ten einbüsst und ein allen an diesen Stellen vorkommenden Substan verlusten gemeinsames Aussehen annimmt. Im Fornix vaginae komm nur papulöse Schleimhaut-Syphilide vor. Man findet da kleine, platt erosive, runde oder ovaläre linsengrosse Papeln, oder Papeln von d Grösse eines Kreuzers und darüber. Sie sind roth in einer Weise, da ihre Farbe von jener der Scheide absticht. Oefter, und das ist ihr au fallendster Charakter, besitzen sie eine opaline Farbe oder eine grau graugelbe, die bedeutend von jener der angrenzenden Schleimhaut ve schieden ist. Dabei ist manchmal ihre Umrandung ziemlich dunkelrot

Die Schleimhaut-Syphilide der Vaginalportion sind entweder er siv oder papulös oder ulcerös. Die erosive Form besteht in oberfläc lichen Erosionen mit Epithelverlust, wie man ihn z. B. bei der Bal nitis bemerkt. Diese Erosionen sind gewöhnlich klein, begrenzt, linse förmig, röthlich, aber von der Farbe des Scheidentheiles der Gebä mutter abstechend, bisweilen grau-opalin. Sie bieten nichts Specielle sie von gewöhnlichen Erosionen besonders Unterscheidendes. Ei Differentialdiagnose ist überhaupt nur dann vermuthungsweise möglic wenn die Erosionen excentrisch zum Orificium uteri sitzen, und ei deutliche Kreisform oder die Form eines Halbkreises haben. D nicht specifischen Erosionen sitzen nämlich gewöhnlich in der Mitte d Vaginalportion und gehen strahlenförmig vom Orificium uteri aus. Auc haben sie selten die Kreisform und in noch weniger Fällen die For eines Halbkreises, namentlich nicht, wenn sie excentrisch zum Orificiu uteri sitzen. Leichter ist es schon, die papulöse Form zu erkenne Die Efflorescenzen sind den Papeln anderer Gegenden ähnlich; es si kleine, wenig erhabene Scheiben, ziemlich häufig kreisförmig, ovalä elliptisch, linsengross oder so gross wie ein Kreuzer, wenn aber meh rere zusammenfliessen, so können sie ein Viertel oder ein Drittel de Vaginalportion einnehmen. Sie sind glatt, erosiv, selten roth, häufi haben sie eine perlgraue Farbe oder sie sind opalin, bläulich - weis bisweilen stellen sie eine mattweisse milchige Trübung der Schleimha dar. Das sind die sogenannten d i p h t h e r o i d e n P a p e l n d e r V a g n a l p o r t i o n. Manchmal findet man nur eine einzige, bisweilen dre vier, auch mehrere, ziemlich isolirt. Wenn sie zusammenfliessen, bilden s Gyri mit buchtigen Contouren, die aus einer Reihe von Kreisböge bestehen. Diese Uterinal-Papeln können an allen Stellen des Scheide theiles der Gebärmutter sich entwickeln. Wenn sie ziemlich weit we von der äusseren Mündung des Uterinal-Canals sitzen, so werden s

durch ihre excentrische Lage, ihre circuläre Form, ihr Vorspringen, ihre Isolirtheit, ihre opaline Färbung u. s. w. leicht erkannt. Finden sie sich aber am Orificium selbst, dort, wo gewöhnlich die Erosionen, die Granulationen, die verschiedenen Erkrankungen, welche die Metritis veranlasst, ihren Sitz haben, dann sind sie, wie bereits gesagt, schwer zu diagnosticiren; ja manchmal ist eine genaue Diagnose ganz unmöglich.

Sowohl die papulösen Schleimhaut-Syphilide dieser Gegend als auch die erosiven sind ausgezeichnet durch ihre leichte Heilbarkeit. — Touchirt man sie mit Nitras argenti oder verbindet man sie nur mit einem schwachen Adstringens, z. B. Tannin, Oxydum zinci, ohne sie zu touchiren, so verschwinden sie rasch und sogar, wenn sie sich selbst überlassen bleiben, heilen sie ziemlich leicht. Es bedarf zuweilen nur einiger Einspritzungen von Wasser. Diese Erscheinung ist von Wichtigkeit, denn sie erklärt manche Fälle von Ansteckung, die sonst unerklärlich wären. Die kranken Frauen vollziehen den Coitus, weil sie das Vorhandensein einer äusserst contagiöses Secret liefernden Efflorescenz in der Scheide nicht ahnen und der Arzt erfährt von dem Vorhandensein dieser Efflorescenz nichts weil sie rasch und spurlos schwindet.

Niemals wird die Papel hier hypertrophisch.

Die letzte Gattung, die wirklich ulcerösen Schleimhaut-Syphilide des Collum uteri, sind selten beobachtet worden, wahrscheinlichaus dem Grunde, weil sie keinen speciellen Charakter haben und für gewöhnliche Ulcerationen angesehen werden. Sie stellen wenig tiefe, ziemlich die Substanz des Gebärmutterhalses angreifende Geschwüre dar, sie nehmen mit Vorliebe den mittleren Theil der Vaginalportion ein und sind von Mandelgrösse bis zur Grösse eines Viertelguldenstückes, roth, glatt. Sie unterscheiden sich dadurch von den einfachen Granulationen, welche eine weisse Färbung haben, die auffallend von jener der Umgebung absticht. Sie können sich über die ganze Oberfläche des Gebärmutterhalses erstrecken. Wenn diese Krankheitsproducte eine besondere Farbe, eine besondere Form haben, hat man natürlich gleich Verdacht auf Syphilis, aber meist ist dass nicht der Fall und die Diagnose ist nur durch Berücksichtigung des Nachstehenden möglich. Die meisten ulcerösen Affectionen des Uterus, namentlich die entzündlichen oder catarrhalischen, oder die eines anderen nicht syphilitischen Ursprunges, sind gewöhnlich mit Schwellung vergesellschaftet, mit Hypertrophie des Collum, mit krankhafter Empfindlichkeit des Organs, mit Uterinal- oder Periuterinal-Schmerzen, die in die unteren Bauch-Gegenden, in die Lei-

stengegenden, gegen die Schossfuge zu ausstrahlen, mit Menstrual-Störungen, Hämorrhagien, eiterigen, schleimigen Ausflüssen u. s. w. Von allem dem kommt bei den Uterinal-Syphiliden nichts vor. Wenn man also eine Ulceration findet und daneben keine anderweitigen Uterinal-Symptome wahrnimmt, muss man sofort Verdacht auf Syphilis schöpfen. Natürlich wird man augenblicklich wie ein solcher zweifelhafter Substanzverlust wahrgenommen wird, den Coitus verbieten und den weiteren Verlauf abwarten, um die Diagnose dann sicherzustellen. Der Decursus wird bald aller Ungewissheit ein Ende machen. Man weiss, dass die entzündlichen und catarrhalischen Ulcerationen des Collum uteri einen chronischen Verlauf nehmen, während die Uterinal-Schleimhaut-Syphilide, selbst die ulcerösen, rasch vorübergehen. Wenn man sie cauterisirt, wenn sie mit Jodtinctur bepinselt, mit irgend einem trocknenden Pulver, z. B. Oxydum zinci, verbunden werden, auch wenn man einen Charpie-Tampon applicirt, der mit einer schwachen Lösung von Nitras argenti getränkt ist, bilden sich die Schleimhaut-Syphilide dieser Gegend sehr rasch zurück.

§ 76. Die analen und perianalen Schleimhaut-Syphilide kommen sehr oft mit den eben besprochenen gleichzeitig vor und sind manchmal eine räumliche Fortsetzung derselben. Bei Weibern sind sie häufiger als bei Männern. Auf der Schleimhaut des Anus beobachtet man meist die erosiven oder mehr oder weniger tiefgreifenden ulcerativen Schleimhaut-Syphilide. Wegen des anatomischen Baues (der Runzelung) dieser Gegend entziehen sie sich sehr häufig der Beobachtung. Obwohl sie durch die fortwährend an ihnen vorbeipassirenden Faecalmassen gereizt und entzündet werden, sind sie doch nicht so schmerzhaft, als man von vornherein glauben sollte. Dadurch unterscheiden sie sich von den gewöhnlichen Fissuren des Afters, welche ungeheure Schmerzen verursachen. Sie bestehen meist in Folge der anatomischen Anordnung aus zwei gleichen Hälften, die, wenn man die Falten, auf und zwischen denen sie sitzen, glättet, wie die Blätter eines Buches sich aufschlagen lassen, sonst aber immer übereinander gelagert sind. In Bezug auf ihre Farbe sind sie bald röthlich, livid, bald grau oder gelb; und im letzteren Falle sind sie schwer von dem einfachen Schanker zu unterscheiden. Am Rande des Anus und am Perinäum haben die mucösen Syphilide dieselben Charaktere wie die peri-vulvären. Man findet also daselbst die oben angeführten vier Gattungen derselben.

Eigenthümlich ist an ihnen nur, dass sie das Exterieur von langen, ausgedehnten und ausgefranzten Fissuren haben, welche auf dem Grunde der Analfalten vorkommen. Natürlich sind sie dann beim ersten Blicke nicht sichtbar. Durch die Irritation, welche dieses Syphilid veranlasst, kann das Subcutan-Bindegewebe oder das Derma selbst hypertrophiren, sich verdichten, und die Falten des Anus bilden dann dicke, harte, resistente Wülste, welche durch Fissuren oder geschwürige Furchen von einander geschieden sind. Aus demselben Grunde kann auch die Raphe des Perinäums hypertrophiren und eine Art von vorn nach rückwärts verlaufenden Kammes bilden, welcher mehrere Millimeter hoch, roth, sehr fest, manchmal cancroidartig derb ist.

§ 77. Ausserdem bemerkt man noch, beim Weibe besonders, Papeln am Nabel, meist roth oder grau, mit Krusten bedeckt, so dass man beim ersten Anschauen glaubt, man habe es mit einem Eczem zu thun. Manchmal finden sich daselbst auch nur Efflorescenzen des erosiven Schleimhaut-Syphilides.

An der Brustwarze beobachtet man zuweilen fissurenartige Erosionen, geschwürige, verlängerte Furchen oder längliche Gruben, welche man sehr leicht mit gewöhnlichen Verletzungen verwechseln könnte, die aber Schleimhaut-Syphilide sind. Ferner sieht man daselbst runde, linsenförmige Papeln. Sie sind sehr häufig bei Stillenden. Von diesen Efflorescenzen stammt die grosse Gefahr, die man läuft, wenn man Säuglinge Weibern anvertraut, welche mit Syphilis behaftet sind; denn diese Efflorescenzen sind meist die Quelle der Ansteckung in den diesbezüglichen Fällen.

An der unteren Fläche der Brustdrüse, besonders in der Furche, welche dieselbe mit der Haut der Brust bildet, kommen sehr häufig Papeln vor, namentlich bei Weibern, welche flaccide, hängende Brüste haben. Diese Efflorescenz hat da zu ihrer Entwicklung sehr günstige Bedingungen: Zartheit der Haut, immerwährenden Contact zweier benachbarter Hautpartien und daraus entstammende Wärme, Feuchtigkeit und Bähung. Die Papeln sind dort mehr oder weniger zahlreich, isolirt oder in Haufen beisammenstehend, erosiv, scheibenförmig, rund. Auch in hypertrophischen Gyris kommen sie vor und nehmen zum Theil die Brustdrüse, zum Theil die Haut vis-à-vis derselben ein.

In der Achselhöhle endlich bemerkt man gleichfalls erosive Papeln von unregelmässiger Form, secernirend, in einzelnen Fällen zum Theil mit Krusten bedeckt und leicht juckend. Wenn diese Syphilisproducte

zusammenfliessen, bilden sie warzige Wucherungen, welche von Furch und Gruben, die den Falten der Gegend entsprechen, durchzogen si[nd]. [...] der Schein dagegen ist, so haben doch alle diese Efflorescenz[en] [...] gutartigen Charakter. Sie verschwinden rasch bei geringer Pfle[ge].

§ 78. Es gibt auch noch Syphilide auf einzelnen Schleimhäut[en], welche bei beiden Geschlechtern häufig vorkommen. Dahin gehör[en] die Syphilide auf der Backen-Schleimhaut; neben d[en] vulvo-perinealen sind sie bei Weibern die häufigsten, und doch sind [sie] bei [...] seltener als bei Männern, weil die Weiber 1. überhaupt [...] mehr Sorgfalt auf ihren Mund verwenden und 2. nicht rauche[n]. Es ist kein Zweifel, dass das Rauchen eine Hauptursac[he] des häufigen Auftretens dieser Syphilide bei Männe[rn] ist, denn bei Nichtrauchern finden sie sich doch nicht so oft und [in] der Regel nicht so ausgeprägt. Natürlich werden Weiber, welche ra[uchen], in dem Punkte sich ganz so verhalten, wie Männer. Uebrige[ns] unterscheiden sich die Syphilide der Mundhöhlen-Schleimhaut in nich[ts] von den Syphiliden anderer Schleimhäute. Sie können an allen Theil[en] der Mundhöhle vorkommen, aber drei Stellen sind es denn doc[h], wo sie sich am häufigsten finden. Das sind die Mandeln mit de[n] Gaumenbögen, die Schleimhautfläche der Lippen und d[ie] Zunge. Am harten Gaumen, am Zahnfleisch und am Boden der Mun[d]höhle sind sie doch seltener, aber nicht gar zu selten. An den Li[p]pen findet man gewöhnlich das erosive oder papulo-erosive Schlei[m]haut-Syphilid in der Gestalt von kleinen, flachen oder leicht vorspri[n]genden, runden oder ovalären Erosionen, welche von Linsengrösse b[is] zur Grösse einer Mandel vorkommen. Bald sind sie roth, bald gra[u], weisslich, opalin. Solche opaline Wucherungen (Plaques opalines) geh[ö]ren nur der Syphilis an. An den Mundwinkeln sind sie gewöhnlic[h] in zwei Segmente getrennt, welche aneinander liegen bei geschlossenem und sich von einander entfernen bei geöffnetem Munde. Die Furche welche den nicht in Segmente getrennten Theil durchzieht, entsprich[t] der von Haus aus hier vorkommenden und ist immer excoriirt, blutend spaltförmig, mehr oder weniger schmerzhaft. Bisweilen ist am Rand[e] einer solchen Efflorescenz ein Kranz von Granulationen oder von eine[r] Kruste gebildet, der sie von der gesunden Haut trennt. All' das ver[-]leiht jener Wucherung ein charakteristisches Aussehen. Gewöhnlich sind an den Lippen nur wenig solcher Syphilis-Producte vorhanden, bisweile[n] kommen aber so viele und nahe bei einander stehende vor, dass sie zu

mehreren (bei 5 Centimeter) langen Gyris zusammenfliessen oder sogar über eine ganze Lippe sich erstrecken, auch den ganzen Mund einsäumen. — Seltener ist an den Lippen die ulceröse Form. Sie ist ein Abkömmling des im Vorhergehenden geschilderten, aber durch den Mangel an Hygiene vernachlässigt, durch den Missbrauch von Tabak, durch die Nachbarschaft von kantigen oder mit Zahnstein besetzten Zähnen gereizt. Zuweilen tritt sie gleich von Anfang an als ulceröses Schleimhaut-Syphilid auf.

Die mucösen Syphilide der Zunge finden sich meist am Rücken und an den Rändern, weniger häufig an der unteren Fläche. Die erosiven Schleimhaut-Syphilide auf dem dorsum linguae bestehen in Epithelabstossung von gewöhnlich geringer Ausdehnung. Die Efflorescenzen sind röthlich, glatt, und wenn sie mit warmer Nahrung, Saurem oder Gewürztem in Contact kommen, leicht schmerzhaft. Wenn sie am Rande oder an der Spitze sitzen, sind sie vertical, länglich, spaltförmig.

Die papulösen Schleimhaut-Syphilide der Zunge kommen auf dem Rücken vor, besonders in der Mitte oder auf dem hinteren Segmente. Sie bilden da linsenförmige Erhabenheiten, die ziemlich regelmässig rund und den grossen, in Form eines V angeordneten Papillen am Zungengrunde, mit denen sie auch sehr häufig verwechselt werden, ähnlich sind. Bisweilen confluiren sie und wenn sie dann noch obendrein ein grosses Volumen haben, so bilden sie auf der Zunge Buckel, wodurch das dorsum linguae Aehnlichkcit mit dem Rücken einer Kröte bekommt. Werden sie vernachlässigt oder gereizt, so können sie wuchern, sich spalten, sich ulceriren, ja sie können sogar zu hypertrophischen Papeln werden. Dann bilden sie warzige Erhabenheiten, welche die Grösse einer Bohne annehmen können, mehr oder weniger vorspringen, die Oberfläche des Organs verunstalten und in seiner Dichte wahrhafte Knoten von einer nahezu cancroiden Härte bilden. Diese Knoten sind durch eine interstitielle Hyperplasie der Zungensubstanz gebildet Es ist da dieselbe Masse infiltrirt, welche das Neoplasma der Papel ausmacht. Sie leisten der Therapie mehr Widerstand als die Knoten oder Gummata der Periode der Spätformen.

Bisweilen finden sich auf der Zunge die Schleimhaut-Syphilide in Form von Fissuren, die mehr oder weniger tief, geradlinig oder buchtig, erosiv oder ulcerös sind. Wenn die Syphilide am Rande der Zunge sitzen, lange Zeit bestehen oder vernachlässigt sind, wird das Organ ge-

schwellt, hart, misstaltet und manchmal mit den Abdrücken der gegenüberstehenden Zähne besetzt.

Endlich findet man an der Zunge die ulceröse Form der Schleimhaut-Syphilide entweder als ziemlich lange Furchen oder als mehr oder weniger breite unebene Gruben von unregelmässigem Contour, und rothem oder graugelbem Grunde. Es kommt aber noch ein gutartiger aussehendes Syphilid auf der Zunge vor, das man nirgends anderwärts findet. Dies sind nämlich mehr oder weniger ausgebreitete, nur am Rande der Zunge wahrnehmbare Plaques; bald umschrieben, linsengross, bald viel grösser, röthlich, namentlich viel lebhafter roth als die benachbarten gesunden Partien, von regelmässigem Contour, manchmal gezähnt und ziemlich oft rund oder oval Diese Plaques sind nicht erosiv und sie werden, wenn mit Nitras argenti oder salpetersaurem Quecksilber bestrichen, nicht weiss, wie andere Efflorescenzen. Ferner sind sie glatt, wie polirt und stechen dadurch von den zottigen Nachbarpartien ab. Man behauptet, dass an solchen Stellen die Papillen der Zunge durch einen pathologischen, von der Diathese bedingten Process entfernt worden sind, doch hat noch keine Section diese Vermuthung bestätigt. Dieser Zustand ist von einigen Autoren mit dem Namen Psoriasis linguae bezeichnet worden.

§ 79. Die Schleimhaut-Syphilide des Schlundes.

Häufig kommt es vor, dass die Kranken während der Periode der Frühformen ein- oder mehrmals an Schmerzen im Schlunde leiden. Fast immer ist die Ursache derselben das Schleimhaut-Syphilid dieser Gegend. (Mitunter findet man auch keine wahrnehmbaren Ursachen dieser Schmerzen.) In der Pharyngeal-Gegend wieder sind die Mandeln und ihre Umgebung am häufigsten der Sitz von Efflorescenzen. Darum muss man den Mund eines Syphilis-Kranken, sowie die hintere Rachenwand desselben fortwährend überwachen, und in zweifelhaften Fällen von Syphilis muss man diese Gegend genau inspiciren. Am häufigsten kommen hier Erosionen vor, gewöhnlich flache, bisweilen in geringem Grade papulöse, kleine, linsen- bis mandelgrosse, rothe, graue, oft opaline, discrete oder zusammenfliessende Efflorescenzen; die zusammenfliessenden bedecken manchmal die Mandeln und Gaumenbögen vollständig. Diese Efflorescenzen veranlassen mehr eine gewisse Gêne beim Schlucken, als einen Schmerz; oft aber, besonders wenn sie nicht durch Tabakrauchen irritirt werden, sind sie ganz schmerzlos und ver-

'·· von ihrem Vorhandensein eine Ahnung
kann die Irritation, die sie hervor-
·l alle Zeichen der gewöhnlichen
.on Hitze im Halse, ein Gefühl
ken, welches sich besonders beim
.it, u. s. w. — Viele Autoren haben
.scheinungen zur Nachtszeit steigern, was
·.ben wird. Neben diesem Zustande, den
.ngina syphilitica bezeichnet, findet man
Gegend zugehörigen, vor dem oberen Ende des
·idomastoideus gelegenen Lymphdrüsen erkrankt. Es
.en, welche von einem syphilitischen Erytheme
· sprechen; es ist das ein unter dem Namen Rubor pa-
·.g erwähntes Symptom. Bisweilen bemerkt man auch an den
·tehenden Gegenden syphilitische Geschwüre, welche tief in
·efallenen Gewebe eindringen, rund, schmerzhaft sind und beträcht-
···h das Schlucken beeinträchtigen. Sie sind viel seltener als die Ero-
-ionen. — Am Velum palati und an der Uvula sind die Schleim-
haut-Syphilide ziemlich häufig, bieten aber nichts von den Syphiliden
anderer Schleimhautparthien Unterscheidendes dar.

Alle Schleimhaut-Syphilide der Mundhöhle und des Schlundes haben noch folgende Charactere gemeinschaftlich: 1) Eine geringe Schmerzhaftigkeit, besonders im Beginne. Nur mitunter veranlassen die Schleimhaut-Syphilide des Mundes, wenn sie vernachlässigt oder durch irgend eine Ursache, z. B. durch Tabak, Alcoholica, schlechte Beschaffenheit der Mundhöhle und der Zähne gereizt werden, eine gewisse Gêne, selbst eine Art Schmerz. Dann gesellt sich zu ihnen eine Erscheinung, welche überhaupt allen entzündlichen Zuständen der Mundhöhle zukommt, das ist die Salivation. Diese Salivation hat nichts gemein mit derjenigen, welche die Stomatitis mercurialis begleitet, ist immer sehr geringfügig und besteht nur in einer Steigerung der Speichel-Secretion, mit dem Bedürfnisse, häufig auszuspucken. 2) Alle diese Syphilide sind an sich gutartig, sie können mehr oder weniger lange Zeit dauern, leisten manchmal der Therapie auch Widerstand, aber schliesslich endigen sie doch immer mit Heilung, ohne eine Spur von sich zurückzulassen. Sie sind in dem Punkte sehr verschieden von den Spätformen, welche an dieser Stelle sehr häufig irreparable Verstümmlungen veranlassen. 3) Sie haben eine grosse Geneigtheit zur Recidive, besonders

bei Männern und namentlich bei Rauchern. 4) Alle Efflorescenzen (
Gruppen von Efflorescenzen haben die Kreisform oder Contou
welche Derivate der Kreisform sind.

Was die Therapie anlangt, so wird eine allgemeine
eine locale platzgreifen müssen. Von der Allgemeinbehandlung
Quecksilber allein wird man oft vergeblich Heilung erwarten, wäh
die örtliche Behandlung allein fast immer Erfolg hat. Das Qu
silber hat in solchen Fällen nur den Zweck, die Diathese zu mil
und die Geneigtheit zur Recidive zu verringern, schliesslich die W
samkeit der localen Therapie zu unterstützen. — Wenn man also d
Manifestation der Dyscrasie so rasch als möglich beseitigen will, n
man sich immer an eine örtliche Therapie halten; und wegen der
bequemlichkeit, die das Leiden verursacht, manchmal wegen der Schm
haftigkeit, immer aber wegen der Gefahr für die Umgebung, muss 1
trachten, die Kranken schleunigst von diesem Uebel zu befreien.
locale Therapie, welche sowohl präventiv als curativ wi
besteht in der genauesten Reinlichkeit des Mundes, in der Anwend
von Gurgelwässern, in sorgfältiger Pflege der Zähne, Vermeidung von i
tirenden Substanzen, besonders von Tabak, ferner in der Cauterisat
nach welcher dann jedesmal ausgegurgelt wird. Sie wird ausgeführt
dem Nitras argenti en crayon, welches hier vielmehr als Catheretic
denn als Causticum wirkt. Doch ist es zuweilen unzulänglich, und
gebraucht man mit vielem Vortheil das mehr Schmerz verursache
salpetersaure Quecksilber-Oxydul. Man muss, um es zweckmässig a
wenden, eine gewisse Uebung haben. Man wickelt um ein Stäbchen
Stückchen Watta, taucht es in die Quecksilberlösung, drückt es aus, wi
es ab und streicht dann mit ihm langsam über die erkrankte Flä
wobei man die Vorsicht gebraucht, die Grenze des Erkrankten nicht
überschreiten; darauf lässt man sofort und in den nachfolgenden
bis 48 Stunden mit Eibischthee, mit einer Abkochung von Gras
u. s. w. gurgeln. Später jedoch wendet man Gargarismen von Chlor
und borsaurem Natron an. Nur die Sublimat-Gurgelwässer soll 1
meiden. Sie haben einen schlechten Geschmack, sind den Zähnen
fährlich und bieten keinen Vortheil. — Gewöhnlich genügt eine C
terisation mit dem salpetersauren Quecksilber-Oxydul; bisweilen jed
ist es nöthig, zwei-, dreimal zu cauterisiren; immer müssen dann d
Wiederholungen nach längeren Pausen vorgenommen werden, schon
das Resultat jeder Cauterisation abzuwarten. Wenn die Efflorescer

sehr klein sind oder wenn die Efflorescenzen sehr gross sind, ist Nitras argenti vorzuziehen. Im ersteren Falle deshalb, weil die kleine Efflorescenz ein so intensives Causticum nicht erheischt, im zweiten Falle deshalb, weil man ein so intensives Mittel auf einer grossen Fläche nicht verwenden soll, wenn man die Wahl hat. Wird aber doch das erwähnte Arzneimittel gebraucht, soll wenigstens eine grosse Fläche nicht auf einmal cauterisirt werden, weil man nur auf diese Weise der entzündlichen Reaction, welche einer ausgebreiteten Aetzung mit dem energischen salpetersauren Quecksilber-Oxydul folgt, ausweicht.

Der Isthmus faucium bildet, sowie der Isthmus vaginae, eine Grenze für die Ausbreitung der Schleimhaut-Syphilide. Diesseits dieser Grenze sind die Schleimhaut-Syphilide häufiger, jenseits derselben seltener. Merkwürdigerweise kommen auf diesem Gebiete die Spätformen der Syphilis sehr häufig zur Beobachtung. Die Frühformen der Syphilis, welche man seltener an der hinteren Rachenwand bemerkt, sind umschriebene Erosionen, flache oder leicht papulöse oder etwas tiefere Ulcerationen. Sie haben eine Eigenthümlichkeit: wenn sie nämlich in der Umgebung der Pharyngeal-Oeffnung der Tuba Eustachii sitzen, veranlassen sie mehr oder weniger häufige Gehörsstörungen, z. B. Brummen, Zischen in den Ohren und Schmerzen daselbst, Harthörigkeit, sogar Taubheit. Diese Erscheinungen sind während der Periode der Frühformen nicht selten und gewöhnlich wird der Grund derselben verkannt. Manchmal entstehen sie bloss unter dem Einflusse der Diathese, ohne dass man die erwähnten Efflorescenzen in der Rosenmüller'schen Grube an dem Ostium tubae Eustachii vorfindet.

§ 80. Am Larynx sieht man in Folge von Syphilis während der Periode der Frühformen selten Efflorescenzen. Einige Autoren behaupten das Gegentheil. Bei den Männern mögen sie auch häufiger als bei Weibern, und bei Nichtbehandelten häufiger als bei Behandelten vorkommen. Die ausgebreiteten syphilitischen Affectionen des Larynx treten unter zwei Formen auf: 1. als Erythema laryngis syphiliticum und 2. als hyperplastische Laryngitis. Das Erythema laryngis besteht in kreisförmigen, dunkelrothen Flecken, welche meist über den oberen Theil des Larynx ausgebreitet sind. Diese Röthe ist besonders bemerkbar an der hinteren Fläche der Epiglottis, an den oberen Stimmbändern, an dem Schleimhaut-Ueberzuge der Giessbecken-Knorpel; seltener erstreckt sie sich auf die wahren Stimmbänder. Sie ist auf grosse Strecken ausgebreitet, nicht

in kleinen Flecken auftretend. Man bemerkt bei ihr keine deutlich vasculäre Injection, keine Gefässreiserchen, wie z. B. bei der Laryn gitis der Tuberculosen. Etwas Specifisches hat jedoch dies Röthe nicht. Das Erythem ist eine an sich gutartige Erkrankur und wird bei mehr oder weniger bedeutenden Störungen der Stimmbil dung, angefangen von der einfachen Heiserkeit bis zur vollständige Aphonie, bemerkt. Es ist nicht mit Schmerz verbunden, nicht m erschwerter Respiration und veranlasst höchstens einen leichten Huste und ein Räuspern. Dieser Zustand wird von den Kranken insowe verkannt, als sie meist eine Erkältung für die Ursache desselben ha ten. Wenn man die Diagnose auf ein syphilitisches Erythem stell so kann man dies nicht auf die Farbe und auch nicht auf das sonstig Aussehen des afficirten Organs basiren, sondern muss eine genaue Unter suchung des Kranken vornehmen und sehen, ob nicht anderweitig Symptome von Syphilis vorhanden sind oder vorhanden waren. Doc schwindet diese Affection sehr leicht auf eine specifische Behandlun unterstützt durch einige Dampfbäder und eine zweckmässige Hygien Schwieriger zu behandeln ist eine hyperplastische Laryngiti Sie ist durch eine diffuse Schwellung der Schleimhaut, welche zu gle cher Zeit hyperaemirt und verdickt erscheint, charakterisirt. Die Mu cosa ist ferner dunkelroth, wenigstens dunkler als bei der vorher g schilderten Erkrankung und von einem zottigen, sammtartigen Aussehe Die Schwellung ist selten auf einen Punkt beschränkt, sondern ergrei meist mehrere Theile des Kehlkopfes, z. B. die Epiglottis und d aryepiglottischen Falten, die falschen Stimmbänder u. s. w. Die Folg davon ist, dass die Form dieser Theile geändert wird; so wird z. B die Epiglottis weniger scharfkantig, an den Rändern mehr stumpf un abgerundet, oder sie schwillt ganz als solche. Die aryepiglottischen Fa ten erscheinen als Wülste. Die Vorsprünge, welche die Arytenoid-Kno peln bilden, zeigen sich mehr abgerundet, verdickt, stehen einer de andern näher. Die oberen Stimmbänder können so stark anschwelle dass sie die unteren verdecken und dass der Ventriculus Morgagni ve strichen wird. Die unteren Stimmbänder sind bisweilen (aber ziemlic selten) hyperämisch, stellenweise geröthet, verdickt, weniger beweglic uneben, gerunzelt, am freien Rande wie fein gezähnt u. s. w. Dies Zustand ist fast immer ausgebreitet, so dass keine papelähnlichen Efflo rescenzen zu Stande kommen. Bisweilen jedoch ist er auf einen circum scripten Umfang beschränkt, dann finden sich kleine, kugelförmige od

linsenförmige Erhabenheiten. Diese sind durch eine örtliche Verstärkung der allgemeinen Hyperplasie bedingt und mit Unrecht von einzelnen Autoren als Papeln bezeichnet worden. Die hyperplastische Laryngitis ist mit deutlichen und länger dauernden Functionsstörungen vergesellschaftet, als das einfache Erythem. Diese sind: Störungen bei der Stimmbildung, und zwar wird die Intensität, der Timbre, der Tenor der Stimme mannigfach verändert. Dysphonie, Raucedo, Aphonie, leichter Husten, geringer Auswurf, aber keine oder wenig Schmerzen, keine Gêne beim Schlucken, keine Schwierigkeit beim Athmen werden beobachtet. Diese Form der Laryngitis ist persistenter als das Erythem, sie braucht lange, gewöhnlich mehrere Monate, um sich zurückzubilden. Die Therapie besteht in der Anwendung einer specifischen Behandlung, in einer örtlichen Behandlung und in einer ganz speciellen Hygiene, als: Vermeidung des Tabaks und der Alcoholica, Gebrauch der Flüsterstimme. Dampfbäder, der Pulverisateur, Einathmungen von mit Mineraldämpfen geschwängerter Luft, wie sie in einzelnen Badeorten üblich sind, Bepinselungen mit Jodtinctur, mit einer Lösung von Nitras argenti, Sulfas cupri, Sulfas zinci u. s. w. werden mit Erfolg angewendet.

Viel seltener als die ausgebreiteten sind die stellenweisen Erkrankungen der Schleimhaut des Larynx in Folge von Syphilis; dahin gehören: 1. Hypertrophische Flecken von kleiner Ausdehnung, welche sich von der Umgebung durch ihr lebhaftes Purpurroth unterscheiden. Man nennt diesen Zustand die Roseola des Larynx. 2. Kleine, graue, opaline Flecken, ein sehr seltener Befund, opalines Syphilid des Kehlkopfes genannt. 3. Umschriebene Erosionen oder Exulcerationen, welche röthlich, flach und glanzlos sind, wie dies überhaupt bei den Erosionen oder Ulcerationen der Schleimhaut-Syphilide der Mundhöhle und des Schlundes beobachtet wird. Diese Erkrankung führt den Namen erosives Syphilid des Kehlkopfes. Man bemerkt es sowohl auf den oberen als auf den unteren Stimmbändern, der Epiglottis und den Giessbecken-Knorpeln. Durch diese Verbreitung schon unterscheiden sich diese Efflorescenzen dieses Syphilides von den Spätformen angehörenden Syphilit. Geschwüren, welche letztere am häufigsten auf der Epiglottis auftreten. 4. Kleine, runde Erhabenheiten, die mit einer breiten Basis aufsitzen, eine erodirte Oberfläche haben und Papeln vergleichlich sind. Sie sind ziemlich selten. 5. Wahre Geschwüre. Diese sind

häufiger und wichtiger als alle im Vorhergehenden erwähnten Zustände. Sie treten nur in einer sehr späten Periode der Krankheit auf.

Die aufgezählten Erkrankungen des Larynx sind oft mit Syphiliden des Mundes, des Schlundes, des Pharynx oder anderer Gegenden vergesellschaftet; und dieses gleichzeitige Auftreten ist häufig ein sehr wichtiger Behelf für die Diagnose.

§ 81. Die Conjunctiva palpebrarum in der Gegend des inneren Augenwinkels oder der Carunkel ist in seltenen Fällen der Sitz eines Syphilids. Zuweilen sind es Geschwüre, welche am freien Rande der Augenlider anfangen und das theilweise oder vollständige Ausfallen der Cilien bedingen. Die Thränenpunkte können in Folge von syph. Efflorescenzen, die sich in der Nachbarschaft entwickelt haben mannigfache Verzerrungen erfahren oder gar verstopft werden.

Ferner findet man an den Nasenlöchern mitunter circumscripte Erosionen oder lineäre Furchen. Ziemlich selten verstopfen sie sich mit Krusten, und indem der Kranke sich von denselben zu befreien sucht, reizt er die Verletzungen mehr oder weniger lebhaft, so dass sogar Erysipele entstehen können.

Viel seltener findet man die Syphilide auf der Schneider'schen Membran, in der Nachbarschaft der Nasenlöcher in Gestalt von Erosionen oder Ulcerationen, die lebhaft braun, selten ausgebreitet, meist spaltenförmig sind.

Schliesslich sind noch die Syphilide im Gehörgange zu erwähnen. Diese sind Erosionen oder Papeln; wenn sie vernachlässigt sind, bilden sich auf der Oberfläche derselben Granulationen, welche hypertrophisch werden und den Gehörgang theilweise ausfüllen oder vollständig verstopfen. Sie geben zu einer reichlichen, stinkenden Eiterung Veranlassung, welche mit mehr oder weniger lebhaftem Schmerz vergesellschaftet ist, und bedingen allerlei Gehörsstörungen, sogar Schwerhörigkeit. Werden sie behandelt, so atrophiren sie, resorbiren sich und verschwinden spurlos. Es bedarf zu diesem Zwecke nur einiger Cauterisationen und örtlich angewendeter siccativer Mittel.

* * *

Alle diese Schleimhaut-Syphilide, die im Vorstehenden abgehandelt worden sind, treten entweder vereinzelt auf oder gleichzeitig mi

Syphiliden der Haut, oder mit anderen Zeichen der Diathese, besonders mit Adenopathien.

* * *

§ 82. Es sei nur noch einigen histologischen Bemerkungen über die Schleimhaut-Syphilide, besonders über die Papeln Raum gegönnt. Die oberflächlichen Papeln sind in der Epidermis und in der Malpighi-schen Schleimschicht situirt, die tiefer reichenden in dem eigentlichen Papillar-Stratum und in der Substanz der eigentlichen Lederhaut. Die Hornschicht der Epidermis ist zweimal so dick als im Normalen, ihre Elemente sind im Zusammenhange gelockert, aber sie fehlt nirgends. Dieser Befund gilt von Papeln, welche nicht erosiv sind, oder welche erosiv waren und bei denen dieser Zustand, meist in Folge der eingeleiteten Behandlung, geschwunden ist.

Die Schleimschichte ist in ungleichmässiger Weise hypertrophisch; aus der Tiefe kommen zapfenförmige Zellenzüge, welche sich bisweilen spalten und abgerundet in der Mitte des Papillar-Stratums endigen. Man bemerkt in ihr drei Arten von Zellen, die schichtweise übereinandergelagert sind: α) die tiefsten, zwischen den Papillen gelagerten sind klein, rund oder ovoid, von den gewöhnlichen normalen Zellen wenig verschieden, zuweilen granulös; β) in der Mitte, beiläufig den Spitzen der Papillen entsprechend, findet man sehr voluminöse Epidermidalzellen, welche am Rande zackig erscheinen, in einer grossen Anzahl dieser Zellen ist der Kern blasig geworden und das Protoplasma erscheint mehr granulirt, als im Normalen; γ) die am meisten nach oben liegenden Zellen enthalten gleichfalls blasige Kerne, und man findet Zellen, welche denen ähnlich sind, die beim Epitheliom beobachtet werden Ausserdem ist noch zu bemerken, dass einzelne derselben in dem veränderten Kern stark lichtbrechende Elemente mit dunklen Contouren einschliessen, deren Natur bis jetzt nicht festgestellt ist.

Die tiefliegende Schicht des kleinen Tumor, den eine Papel darstellt, entspricht dem veränderten tiefliegenden Dermo-Papillar-Stratum. Im frischen Zustande bemerkt man an ihm eine röthliche Färbung und halbelastische Consistenz. Der Druck lässt aus demselben einen leicht opalinen Saft austreten, in welchem eine grosse Anzahl zelliger Elemente neben einer amorphen Masse vorkommen. Die letztere wird auf Zuthat von Essigsäure, stark granulirt.

Schnitte bieten folgenden Befund: Zwischen Bindegewebsfasern eingebettet findet man zahlreiche kleine Zellen, welche aneinanderstossen,

Diese Bindegewebszüge sind in den tieferen Schichten stärker und rei
licher. Die Oberfläche dieses kranken Gewebes ist unregelmässig
zähnt und die Zähne haben einen verschiedenen Durchmesser. Sie ra
in die Räume hinein, welche zwischen den Zügen der Schleimschi
ausgespart sind. Diese Zähne stellen verlängerte und ungleiche Papill
dar, die mit den benachbarten Partien der hypertrophirten Schlei
schicht verschränkt sind, wie wenn man die Finger der einen Ha
zwischen die Finger der anderen hineinschiebt. Hie und da beme
man runde oder ovaläre Zellenhaufen, welche von kleinen Epithelialzell
gebildet sind und durch schräge Schnitte in das Balkenwerk des M
pighischen Netzes zu Stande kommen. Wenn man die kleinen Elemen
welche durch ihre Menge und durch ihr Gewebe dem Dermo-Papill
Stratum das Ansehen einer Schichte von Fleischwärzchen geben, e
weder an Schnitten oder an Zupfpräparaten untersucht, so findet m
dass sie die Gestalten, den Umfang und die Reactionen der Eleme
des jungen Bindegewebes besitzen. Die kleineren sehen aus wie wei
Blutkörperchen, aber sie geben nicht dieselbe Reaction auf Essigsäu
Es sind kleine, runde oder unregelmässig contourirte Zellen, die ein
relativ grossen, mit einem deutlichen Nucleolus versehenen Kern
sitzen. Ausserdem findet man auch noch freie Kerne. Nebst diesen
merkt man an einzelnen Objecten, je nach der Präparationsmetho
und je nach der Schicht, welcher man das Präparat entnommen
verschieden zahlreiche Elemente von folgender Beschaffenheit: länglic
spindelförmige Zellen, die an einem Ende oft gabelförmig auslaufen.

In den tieferen Schichten und an der Peripherie dieser klei
Tumoren, wo die Grenze der gesunden Haut ist, findet man wenige n
male, elastische Fasern und dazwischen immer Haufen von jungen Zell

Die Gefässe und Nerven der Papillen sind vollständig mask
durch die Menge der neugebildeten, anormalen Elemente.

Fasst man das Gesagte zusammen, so muss man die Effloresc
des papulo-hypertrophischen Syphilids als: 1. aus einem beträchtlic
und ungleich, besonders in der Malpighischen Schicht, hypertrophir
Epidermidal-Stratum; 2. aus einem Dermo-Papillar-Gewebe, das e
überaus reichliche Menge junger, runder und spindelförmiger Eleme
besitzt, welche ohne Zweifel aus der Vermehrung praeexistenter herv
gegangen sind, — zusammengesetzt bezeichnen.

An einem Präparate, das von einer in Rückbildung begriffe
Papel herrührte, fand man: wenig deutlich ausgesprochene Verlänger

der veränderten Papillen, die Zellen des Schleimkörpers mehr blasig und granulirt als am normalen, weniger reichlich junge Zellen als beim früher erwähnten. Man bemerkte ferner an demselben Schnittspalten, welche das ganze pathologische Product durchsetzten und eine Art Secretion gestatteten. Dieser Befund erlaubt den durch weitere Untersuchungen noch zu erhärtenden Schluss: dass die krankhaften Elemente nach einem mehr oder weniger langem Bestande eine regressive Metamorphose eingehen, die in vollständiger Resorption endet. Dieser Rückbildungsprocess beginnt sowohl in den aneinander grenzenden oberflächlichen Schichten des Derma, als auch in dem an jenen grenzenden, tiefliegenden Antheile der Schleimschichte.

§ 83. Bevor das Capitel von den Papeln auf der Schleimhaut oder in der Nähe derselben abgeschlossen wird, muss noch von einer diesen pathologischen Producten zukommenden Eigenschaft gesprochen werden, auf welche schon früher hingewiesen worden ist und die darin besteht, dass sich zuweilen die Basis der Papel indurirt. Es tritt ausser dem Neoplasma, welches die Papel an und für sich darstellt, unter jenem noch ein zweites, schon im Derma gelegen, auf. Fournier bezeichnet diese letztere Neubildung mit dem Namen Induration secondaire, weil sie dem betastenden Finger denselben Eindruck macht, wie die Induration (primaire) des „Schankers".

Man findet aber nicht blos einzeln stehende Papeln grösseren oder kleineren Umfanges, sondern auch ganze Gruppen dieser Neoplasmen an der Basis (der Gruppe) indurirt, ja grössere Antheile des äusseren Genital-Apparates, wie z. B. ein labium majus oder minus oder gar beide, erscheinen in Folge der ihr Gewebe durchsetzenden Neubildung in toto auffällig verhärtet, wenn sie die erwähnten Efflorescenzen in grösserer Anzahl tragen. Diese Induration ist von jener durch den Tastsinn wahrnehmbaren Texturveränderung, welche durch Oedem oder durch Entzündung verursacht wird, wesentlich verschieden und identisch mit jener Verhärtung, die als ein wichtiges, wenn auch nicht pathognomonisches Symptom des „Schankers" bezeichnet wurde. Es ist mithin der Schluss erlaubt: es gibt indurirte Papeln, sowie es indurirte „Schanker" gibt. Wie die Induration des letzteren, so zeigt auch die der ersteren eine trockene, elastische, knorpelähnliche Resistenz, Indolenz bei der Entstehung und im Verlaufe, dieselbe Art der Entwicklung und dieselbe Tendenz zur spontanen Resorption, kurz genau dieselben Charaktere

und dasselbe Verhältniss des Umfanges zur Grösse des pathologischen Productes, welches von der secundären Induration begleitet wird.

Diese Art von Verhärtungen sitzen am häufigsten an der Vulva, aber auch an den Lippen, an den Mundwinkeln, an der Zunge, am Penis, besonders in der Eichelfurche, am After etc. kommen sie vor.

Die secundäre Induration kann für die eines „Schankers" gehalten werden. Und Missdeutungen dieser Art ermöglichen die irrige Annahme: es könne jemand sich einen „Schanker" zuziehen, während er mit Syphilis, d. h. mit den Consecutivzuständen eines früher erworbenen „Schankers" behaftet sei. Ferner werden nur durch die jedesmalige Berücksichtigung des Umstandes, ob man es nicht mit einer secundären Induration zu thun habe, die Fälle von Reinfectio siphilitica, d. i. von Wiedererwerbung eines „Schankers" nach Ablauf der Consecutiverscheinungen eines früher erworbenen als unzweifelhaft hingestellt.

Aus dem Gesagten ergibt sich der Schlusssatz, auf den schon wiederholt hingewiesen wurde, dass auf das vereinzelte Symptom der Induration allein bei der Diagnose der Geschwüre, ob „Schanker", ob nicht, kein besonderes Gewicht gelegt werden darf, sondern, dass erst die Wahrnehmung von Begleitungserscheinungen (syphilitischer Bubo) oder Consecutivzuständen zu der Diagnose berechtigen.

Dieselbe Neubildung, welche das Wesen der secundären Induration ausmacht, finden wir bei einzelnen Syphiliden der Haut, insbesondere bei psoriatischen und ecthymatösen, bei Lymphangitiden und Adenopathieen, bei den Knoten der Haut und der Albuginea testis, sowie in den Papeln selbst.

§ 84. Weiters schliessen sich an die Erörterung der Papeln Bemerkungen über die Umbildung des „Schankers" zu einer Papel, bedingt durch transformatio in situ, an. Diese erfolgt in zweifacher Weise:

Entweder ein „Schanker" verliert sein geschwürartiges Aussehen, der Grund hebt sich, die grubige Vertiefung, welche vorhanden war, füllt sich aus, und wird so gewölbt, dass die Wölbung über das Niveau der Umgebung hervorragt. Zu gleicher Zeit ändert sich auch die Farbe: der dunkelrothe Ton verliert sich und macht einem lichtrothen Platz. Ebenso geht auch die Glätte der Geschwürsfläche verloren und diese wird uneben und während so allmälig die Charactere des „Schankers" immer undeutlicher werden, werden jene der

Papel immer deutlicher bis man endlich dort, wo ursprünglich ein „Schanker“ sass, nunmehr eine Papel findet, welche auch dann alle Phasen der Rückbildung, wie sie ausführlich oben geschildert wurden, eingeht.

Oder die Transformatio in situ geht in folgender Weise vor sich: Noch während des Bestandes des syphilitischen Primäraffectes zeigen sich Manifestationen der Allgemeinerkrankung in Form von Papeln, welche manchmal zufällig in der Nähe des „Schankers“ sich entwickeln, sich vergrössern, untereinander confluiren, den „Schanker“ förmlich einschliessen, bei fortschreitender Vergrösserung mit ihm zusammenfliessen und ihn dergestalt verdrängen, dass man schliesslich an Ort und Stelle des früher bestandenen syphilitischen Initialaffectes das Ergebnis jenes Zusammenfliessens, die Papelgruppe, die Papulae gyratae, findet. Dabei hat der „Schanker“ in der früher geschilderten Weise seine Attribute verloren, ist selbst eine den umgebenden ähnliche Papel geworden, und wiewohl sich manchmal durch Buchten und Einschnitte die einzelnen Efflorescenzen, aus denen der Gyrus besteht, erkennen lassen, so ist man doch nicht mehr im Stande anzugeben, welche von diesen dem ehemaligen „Schanker“ entspricht. Die weiteren Schicksale eines solchen Gyrus, seiner Bestandtheile sind bereits geschildert worden.

Die genaue Beobachtung dieser Vorgänge hat den Rückschluss ermöglicht, dass die Annahme, der syphilitische Primäraffect trete in allerdings äusserst seltenen Fällen in Form einer Papel auf, eine irrige ist. Es hat sich eben in solchen Fällen immer um einen „Schanker“ gehandelt, der durch Transformatio in situ nach einer der beiden geschilderten Arten zu einer Papel geworden ist. Erst nach der Erkenntnis dieses Vorganges steht die Regel fest: An der Stelle, an welcher das syphilitische Gift in den Körper eindringt, entwickelt sich **immer** ein „Schanker“, niemals aber beginnt die Syphilis mit einem Symptome, welches der Allgemeinerkrankung angehört.

IV. CAPITEL.

Die Erkrankungen im Lymphdrüsensysteme während der Periode der Frühformen der Syphilis.

§ 85. Nach der Betrachtung der Erkrankungen, welche die Syphilis auf der Haut und den Schleimhäuten hervorruft, ist es nöthig, die von der Diathese im Lymphdrüsensysteme veranlassten pathologischen Veränderungen ins Auge zu fassen.

Wenige Krankheiten üben einen gleich häufigen und gleich intensiven Einfluss auf das Lymphdrüsen-System aus, wie die Syphilis.

Bevor die Diathese Allgemeinerscheinungen hervorruft, bleibt dieser Einfluss, wie bereits früher gesagt, auf die Drüse beschränkt, welche im engsten anatomischen Nexus mit dem Sitze des „Schankers" steht. Später aber wird er ein allgemeiner und ausgebreiteter und während der Periode der Frühformen sind die Lymphdrüsen der verschiedensten Körpergegenden in Folge der Dyscrasie afficirt.

Der Grad der Erkrankung dieser Drüsen ist bei den verschiedenen Individuen äusserst variabel, bei einigen ein geringer, bei anderen ein excessiver.

Dabei ist zu bemerken, dass einzelne dieser Adenopathien lediglich dem Einflusse der Diathese zuzuschreiben sind, indem keine andere palpable Erkrankung der allgemeinen Decke oder sonst eines Organs, auf welche sie zurückzuführen wären, nachzuweisen ist. Andere dieser Drüsenerkrankungen werden wieder in der Nachbarschaft von anderen Frühformen der Syphilis (Erkrankungen von Haut- und Schleimhaut-Antheilen) und unter dem sichtbaren Einflusse dieser Manifestationen der Diathese stehend beobachtet. Ferner scheint es fast, als ob einzelne

der im Vorhergehenden erörterten Affectionen eher im Stande wären, jenen deletären Einfluss auf die Drüsen auszuüben, als andere, und dass die Drüsen gewisser Gegenden dieser Einwirkung zugänglicher wären, als anderswo situirte. So findet man z. B. bei Psoriasis palmaris, wenn sie allein vorhanden ist, die Cubitaldrüsen selten, die Axillardrüsen nie erkrankt; bei Schleimhaut-Syphiliden der Vulva findet man z. B. die Leistendrüsen nicht selten intact etc., während man wiederum bei den syphilitischen Ausschlägen der behaarten Kopfhaut und bei den Papeln der Mundschleimhaut die mit diesen Gegenden im anatomischen Nexus stehenden Lymphdrüsen (die Glandulae cerv. post.) auffällig verändert findet.

§ 86. Die Glandulae cervicales posteriores sind überhaupt bei Syphilis am häufigsten ergriffen, so dass man bei Verdacht auf Syphilis immer nach diesen Drüsen suchen muss. Betrachtet man die einschlägigen Fälle näher, so findet man, dass da eigentlich dreierlei Drüsen nahe bei einander liegen: 1. die eigentlichen cervicales posteriores am Rande des Musculus cucullaris; 2. die Suboccipital-Drüsen an der Basis cranii über den ersteren und 3. die am Zitzenfortsatze. Die letzteren liegen etwas nach rückwärts vom Ohre in der Gegend des Processus mastoideus und stellen halbkugelige Erhabenheiten von der Grösse eines halben Kirschkernes und darüber vor. Bei vielen Patienten findet man alle die aufgezählten Drüsen ergriffen, bei manchen ist die eine oder andere Gruppe normal geblieben. Bei Männern findet man diese Glandulae nahezu constant erkrankt, bei Weibern fehlt doch zuweilen dieses Symptom.

In Bezug auf Häufigkeit der Erkrankung kommen nach den Glandulae cervicales posteriores die anteriores. Unter diesen sind wieder die Peripharyngeal-Drüsen am öftesten erkrankt. Sie liegen zu beiden Seiten des Pharynx am vorderen Rande des Sternocleidomastoideus und finden sich besonders bei Schleimhaut-Syphiliden des Schlundes und seiner Nachbarpartien. Viel seltener sind die über dem Zungenbein gelegenen Drüsen und die unteren Halsdrüsen ergriffen.

Die Submaxillardrüsen nehmen in der Häufigkeitsscala den dritten Rang ein und begleiten immer Affectionen an den Lippen, an der Buccal-Schleimhaut und am Munde.

Ferner sind in Folge von Syphiliden am Anus und an der Vulva die Inguinaldrüsen erkrankt, was, wie bei den Epitrochleardrüsen, theils mit, theils ohne Veränderungen der Partien, zu denen sie anatomisch

gehören, wahrgenommen wird. Seltener sind die in der Parotisgegend und knapp vor der Ohrmuschel sitzenden Drüsen afficirt. Mit einem Worte, es gibt keine der Untersuchung am Lebenden zugängige Lymphdrüse, welche nicht bei Syphilis während der Periode der Frühformen, während der Zeit, in welcher man auch andere Zeichen der Diathese beobachtete, erkrankt gefunden worden. Dieses Zeichen fehlt während der ersten Zeit nach stattgefundener Infection und während des Auftretens von Spätformen. Es verspätet sich manchmal seinerseits mit dem Erscheinen, so dass es z. B. erst im zweiten, dritten Jahre nach stattgefundener Infection, in Ausnahmsfällen auch noch nachher, wahrgenommen wird.

§ 87. Seinem Wesen nach ist das in Rede stehende Leiden nicht verschieden von der symptomatischen Drüsenerkrankung, wie wir sie beim „Schanker" kennen gelernt haben. Bei beiden dieselben Symptome, dieselbe Entwicklung, derselbe Verlauf und dieselbe Gutartigkeit, insoferne man unter Gutartigkeit die Geneigtheit zur vollständigen Resorption auch ohne therapeutisches Eingreifen versteht.

Die Volumsvermehrung der erkrankten Lymphdrüsen ist nicht beträchtlich. Sie werden höchstens haselnussgross und nur in Ausnahmsfällen grösser (wallnussgross). Sie erfolgt, ohne dass die Kranken auf sie durch irgend ein abnormes Gefühl aufmerksam gemacht würden. Die Schwellung der Lymphdrüsen ist somit indolent und auch aphlegmasisch, da sie nicht von Röthung der Haut, örtlicher Wärme, Störungen des Allgemeinbefindens, nicht einmal von localer functionum laesio der Theile begleitet ist. Mit einem Worte, die Erkrankung besteht einzig und allein in Volumszunahme der Lymphdrüsen, die an der Oberfläche, soweit sie betastet werden kann, glatt, fest und hart werden, ein Befund, welcher der Idee, dass man es mit einer Neubildung zu thun hat, wohl Raum lässt. Ausserdem werden sie an die Umgebung nicht adhärent, bleiben frei und beweglich. Dadurch unterscheiden sie sich auffällig von den durch entzündliche und strumöse Drüsenerkrankung veränderten, bei welcher im Gegentheile die ergriffenen Glandulae lymphaticae sehr bald an die umgebenden Gewebe adhärent werden und mit denselben verschmelzen.

Hat die Schwellung das Höhestadium ihrer Entwicklung einmal erreicht, so bleiben sie in demselben entweder kürzere oder längere Zeit — meist mehrere Monate. Dann fangen sie an, ihre Consistenz zu verlieren, an Umfang abzunehmen, kurz, sie atrophiren, ohne dass weitere auffällige Erscheinungen auftreten würden, sie resorbiren sich

spontan. Daraus folgt, dass kein therapeutisches Eingreifen ausser der Allgemeinbehandlung der Diathese nothwendig ist.

Sie verdienen demnach nur insoweit das Interesse des Arztes, als sie von semiologischer Bedeutung sind. Denn einerseits sind sie constant und andererseits ergreift die Erkrankung in Folge von Syphilis meist jene Drüsen, welche von anderen Leiden, die, wie z. B. die Scrophulose hauptsächlich mit verbreiteten Drüsenaffectionen einhergehen, verschont bleiben.

§ 88. Es gibt aber auch Abweichungen von dem im Vorhergehenden aufgestellten Schema.

Während man nämlich gewöhnlich nur einzelne Drüsen, z. B. am Nacken, dann in der Nähe der Mandeln und unter dem Kinne und sonst nicht viel mehr geschwellt findet, beobachtet man bisweilen, besonders bei Weibern, dass fast **alle** tastbaren, oben aufgezählten Lymphdrüsen in der früher erwähnten Weise erkrankt sind. Nur ist die Vergrösserung beträchtlicher, als sie in der Regel zu sein pflegt, so dass man ziemlich derbe, rosenkranzähnliche Stränge, z. B. zu beiden Seiten des Halses, am Cucullarisrande und wo sonst Lymphdrüsen gefunden zu werden pflegen, sich hinziehen sieht. Polyadenitis universalis emminens nennt v. Sigmund diesen Zustand, welcher sich meist neben schweren, durch die Diathese bedingten Erkrankungen in anderen Organcomplexen, besonders im splanchnischen Systeme findet. Als Beweis der letzteren Behauptung beobachtet man nämlich in solchen Fällen ziemlich häufig: ausgesprochene Anaemie, Blässe, chlorotische Entfärbung der Haut, allgemeine Schwäche, Schwäche des Verdauungstractus, des Herzschlages, Nervenstörungen etc.

Dann gibt es noch eine zweite Abweichung vom Gewöhnlichen im Verlaufe der allgemeinen Lymphdrüsenerkrankung in Folge von Syphilis. Sie ist wahrscheinlich durch constitutionelle Anlage, z. B. Scrophulose, bedingt, findet sich aber auch bei solchen Individuen, bei denen ausser der im Vorliegenden abgehandelten Diathese sonst keine Krankheit nachweisbar ist und besteht im Folgenden: Die einzelnen Drüsen, die doch sonst in der Regel nur höchstens bis zum Umfange einer Haselnuss anschwellen, werden ungeheuer gross, so gross zuweilen wie ein Hühnerei (strumöse Drüsenanschwellung). In diesem Zustande bleiben sie lange Zeit stationär, dann resorbiren sie sich oder — entzünden sich. Sie werden schmerzhaft, unbeweglich, teigig weich, verschmelzen mit dem benachbarten Zellengewebe und der darüber liegen-

den, sich röthenden Haut. Auch jetzt noch kann durch eine rechtzeitig eingeleitete, antiphlogistische Behandlung den weiteren Fortschritten in der Entwicklung dieser entzündlich strumösen Drüsenerkrankung und der periganglionären Phlegmone (so nennt man den Complex der geschilderten Zustände) Einhalt gethan werden. Manchmal aber erreicht man dieses Ziel nicht. Es kommt zur Eiterung und Abscessbildung mit allen ihren Folgen, d. h. der Abscess schliesst sich oder es kommt zur Bildung langer, persistenter, Eiter secernirender Hohlgänge. Diesen letzteren Verlauf findet man besonders bei den Adenopathien der Drüsen der Regio cervicalis anterior, vor und unter dem musculus sternomastoideus, der Drüsen der regio submaxillaris, perimaxillaris, an den über dem Zungenbeine gelegenen Drüsen, seltener an den Leisten, und was die Geschlechter anbelangt, besonders bei Weibern.

Wohl zu merken ist, dass die eben geschilderte Art von Drüsenerkrankung häufig bezüglich ihres Zusammenhanges mit der Syphilis nicht erkannt wird. Man hält sie sonst für harmlose, einfache, entzündliche Adenopathien. Man muss beim Anblicke dieser Zustände deshalb immer auf der Hut sein, die Anamnese zu Rathe ziehen und auch sonst nach anderweitigen Spuren von stattgehabter Infection suchen.

Vielleicht lässt sich auch auf diese Weise mancher Retropharyngeal-Abscess, dessen aetiologisches Moment sonst ganz im Dunkel gehüllt ist, dadurch erklären, dass sein Vorhandensein auf eine bestehende, aber sonst latente syphilitische Diathese hinweist (meint Fournier).

V. CAPITEL.

Die Erkrankungen im Bewegungsapparate während der Periode der Frühformen der Syphilis.

§ 89. Im Bewegungsapparate: In den Knochen, fibrösen Geweben, besonders in den Sehnen, in den Gelenken und Muskeln veranlasst die Syphilis während der Periode der Frühformen die im Folgenden zu besprechenden Veränderungen, als deren wichtigstes Symptom Schmerz auftritt; namentlich sind die Knochen der Sitz von Schmerzen, die deshalb schon von unseren Altvorderen den Namen Dolores osteocopi erhielten. Mit dem Fortschreiten der Erkenntnis der betreffenden Erkrankungen hat man gefunden, dass diese Schmerzen entweder auf einer einfachen, durch Syphilis bedingten Periostitis oder auf einer solchen mit gleichzeitigem Ergriffensein der dem Periost zunächst anliegenden Knochenschicht, also auf einer Periostose beruhen, und schliesslich hat man gefunden, dass der Schmerz auch nur in dem Knochen seinen Sitz haben kann, ohne dass Veränderungen in seiner Substanz oder in der Beinhaut wahrnehmbar wären und hat die hierher bezüglichen Zustände Ostealgien genannt.

§ 90. Die Periostitis syph. ist (nach Fournier) viel häufiger beim Weibe, als beim Manne. Ihre Symptome sind folgende: Fixer und begrenzter Schmerz an einem oberflächlichen Punkte des Knochens, welcher in der Ruhe wenig intensiv ist und durch Bewegung und Druck gesteigert wird. An der schmerzhaften Stelle bemerkt man eine leichte Erhebung in Form eines flachen Vorsprunges, welche durch einen Erguss flüssiger Masse oder durch eine solide Infiltration veranlasst wird. Mitunter hat man ein dunkles Gefühl von Fluctuation innerhalb einer circumscripten Stelle. Ueberhaupt ist es für die Periostitis syphilitica charakteristisch, dass sie circumscribirt, mandelgross

oder wenig grösser auftritt, so dass man sie, um sie zu finden, sorgfältig suchen muss. Nur bei aufmerksamem Betasten eines Knochens findet man die schmerzhafte, scharf umschriebene Stelle. Wenn man nicht genau untersucht, kann man das Leiden in Folge dessen mit einer Neuralgie, Myosalgie, einem Rheumatismus oder irgend einem Schmerze anderer Natur verwechseln. Man findet diese Periostitiden an den verschiedensten Stellen des Skelettes, besonders an den Enden der Röhrenknochen, aber auch an dem Schulterblatte, an den Rippen u. s. w. Am häufigsten sind sie an der inneren Fläche der Tibia, am äusseren Knöchel, am Scheitelbeine, an den Rippen, am unteren Ende des Humerus und an den Knochen des Vorderarmes.

§ 91 Die syph. *Periostosen* sind weniger häufig als die Periostitiden, aber selten sind sie keineswegs. Sie sind leichter zu finden, als die ersteren und werden in den verschiedensten Zeitabschnitten der Periode der Frühformen beobachtet. Ihre *Symptome* sind: Ein *Vorsprung* an der Oberfläche des Knochens, lebhafter *Schmerz* daselbst und *Knochenhärte des Vorsprunges*. Der Vorsprung wird durch das Getaste eruirt. Oft ist er schon dem Auge erkenntlich; er hat eine verschiedene Höhe und verschiedene Ausbreitung, mehrere Centimeter im Umfang und zwei bis vier Centimeter in der Höhe messend. Er ist bei der Bewegung und auch spontan schmerzhaft. Die spontanen Schmerzen nehmen im Bette zu und haben nächtliche Exacerbationen, die den Schlaf stören können. Charakteristisch ist ferner die Härte, welche, wie gesagt, als eine Knochenhärte sich zeigt. Sich selbst überlassen, bleiben diese Periostosen lange Zeit schmerzhaft, dann kommt ein Zeitpunkt, wo die Schmerzen nachlassen, endlich aufhören, aber die Anschwellung fortbesteht. Werden diese Tumoren behandelt, so resorbiren sie sich rasch, ohne dass eine Spur ihres Vorhandengewesenseins zurückbleibt.

Die beste *Therapie* gegen die Periostitiden und Periostosen besteht in der Anwendung der sogenannten *gemischten Behandlung*, das heisst, es wird *interne* neben Mercur auch Jod gebraucht, $^1/_3$—$^1/_2$ Gran Protojoduretum hydrargiri und gleichzeitig $^1/_2$—1 Drachme Jodkali pro die. *Oertlich* gebraucht man Einreibungen mit Quecksilbersalbe oder ausgiebige Bepinselungen mit Jodtinctur. Auch fliegende Vesicantien werden gerühmt.

Die specifische Behandlung wirkt äusserst schmerzstillend. Das Opium und Narcotica, innerlich und äusserlich, haben nicht denselben, höchstens einen mit Gewalt erzwungenen, ephemeren Erfolg.

Am häufigsten findet man die Krankheit an der inneren Schienbeinfläche oder an der vorderen Kante der Tibia. Daselbst bemerkt man entweder ziemlich grosse Periostosen, welche flache Tumoren von mehreren Centimetern Länge und Breite bilden; oder es zeigen sich kleine, erbsengrosse Höckerchen, die entweder zerstreut stehen oder gruppirt sind. Mitunter sind diese Höcker nicht sichtbar, sondern man kann sie nur tasten. Ein anderer Lieblingssitz der Periostosen sind die Stirnknochen, wo sie 2—3 Millimeter hohe Beulen bilden, die so gross sind als der Umfang einer wälschen Nuss und die, wenn die Haut nicht ihre normale Färbung hätte, wirklich für Contusionen gehalten würden. Manchmal ist eine, bisweilen sind mehrere vorhanden. Ferner findet man diese Periostosen im Sternum, ziemlich umfänglich, — an den Rippen, ziemlich klein. Sie veranlassen an letzteren lebhaften Schmerz, der mit einer Pleurodynie oder mit dem point douloureux einer Intercostal-Neuralgie verwechselt werden kann. Der aufmerksam tastende Finger findet aber bald die Veränderung am Knochen als Ursache des vorhandenen Leidens.

§ 92. Syph. Ostealgien. Das einzige Symptom dieses Zustandes sind spontane, auf Druck zunehmende, ohne irgend eine palpable Ursache bestehende Schmerzen an einer umschriebenen, leicht begrenzbaren Stelle. Diese Ostealgien werden an sehr vielen Gegenden des Körpers beobachtet, besonders aber an solchen, wo die Knochen direct unter der Haut liegen, also an den Epicondylen, an der Epitrochlea, am Processus styloideus des Radius, am Kopfe des Cubitus, an den Gelenksknorren des Oberschenkels, an der Tuberositas tibiae, an den Knöcheln, ferner an den Apophysen der flachen Knochen, an der Schultergräte, am Acromion u. s. w. Diese Ostealgie wird ferner besonders dort bemerkt, wo reichliche fibröse Gewebe in Form von Aponeurosen, Bändern, Insertionen von Sehnen vorhanden sind.

An die geschilderten reihen sich drei besonders zu erwähnende schmerzhafte Zustände, nämlich der syphilitische Schmerz des Schädels, die syphilitische Sternalgie und Pleurodynie.

Bei den syphilitischen Schmerzen des Schädels findet man bei Betastung eine empfindliche Stelle durch Periostitis oder Ostitis bedingt, oder es ist eine Ostealgie der Grund des Uebels. Die Kranken führen mitunter, wenn die Untersuchung das erwünschte Ergebnis nicht haben würde und durch dieselbe die erwähnten Zustände nicht gefunden werden sollten, durch ihre Angaben auf die Ursache des Lei-

dens, indem sie den Kopf als äusserst empfindlich schildern, so dass sich nicht zu kämmen wagen, weil die Berührung mit dem Kamme, ‹ Hantiren mit den Haaren einen schrecklichen Schmerz verursacht.

Bei der syph. Sternalgie hat der Kranke ein Gefühl, als ob i ein Gewicht auf der Brust läge, in Folge dessen er im Athmen gen ist. Die Weiber werden so empfindlich, dass sie den Druck des Schn leibs nicht vertragen. Auch hier findet man bei Betastung des Sternu entweder eine Ostitis oder Periostitis, oder der Grund des Leid ist wieder Ostealgie. Auch auf den Processus xyphoideus dehnt sich d ser Zustand aus. Die Kranken klagen dann über Schmerzen in ‹ Magengrube und bei einer oberflächlichen Untersuchung glaubt man, mit einer Gastralgie zu thun zu haben.

Am allerhäufigsten aber beobachtet man Pleurodynien od schmerzhafte Punkte in den Flanken in Folge von Syphilis. Mitunt sind diese Zustände die Folge einer Intercostal-Neuralgie. Doch kom das nur ausnahmsweise vor. Manchmal ist eine Periostitis oder Osti der Rippen die Ursache, und schliesslich sind zuweilen umschriebe spontane, auch in der Ruhe vorhandene, durch Druck oder Atheml wegung des Thorax aber gesteigerte Ostealgien der Grund des Leide

Man kann sich deshalb sehr leicht täuschen und diese Erkrank gen für Intercostal-Neuralgien, für gewöhnliche Pleurodynien halt welche Zustände durch das Ergebnis der Untersuchung ausgeschloss werden können, und natürlich bevor man eine fixe Diagnose stellt, a ausgeschlossen werden müssen. Schliesslich können auch pleurodyn ähnliche Zustände durch Perichondritis syphilitica der Rippen-Knor hervorgerufen werden.

§ 93. Die Gelenke werden in Folge der syphilitischen Diath mannigfach ergriffen. Man beobachtet auch an ihnen Schmerzen (A thralgien), für die keine palpable Ursache nachweisbar ist, und diese Z stände sind häufig. — Ferner findet man Congestiv-Zustän der Gelenke mit oder ohne nachfolgendem Erguss in die Gelenkshöl Diese Befunde sind selten; sie führen den Namen Hydarthros

Die syph. Arthralgien sind Zustände der Gelenke, bei de dieselben gegen Druck empfindlich sind und bei der Bewegung schmerz Sie können in allen Gelenken vorkommen, aber vorzugsweise sind *a*) im Schultergelenke: in Folge eines solchen Leidens können Kranken die Hände nicht über den Kopf heben, wie dies z. B. be Kämmen nothwendig ist; *b*) in den Knieen, wodurch das Gehen schme

haft oder beschwerlich wird; in Folge dieser Affection können die Kranken z. B. sich nicht bücken, um einen Gegenstand von der Erde aufzuheben; sie können manchmal nicht einmal stehen, oder aufstehen, wenn sie sich gesetzt haben; — *c*) in den Ellenbogen, Handwurzel- und Fusswurzel-Gelenk. Selten sind sie im Temporo-maxillar-Gelenke, in der Hüfte. Man findet auch bei diesen Arthralgien, wie bei manchen Gelenksleiden aus anderer Ursache, dass die Steifheit, welche sie begleitet, in der Ruhe zunimmt und bei Bewegung sich verliert. Bei genauer Untersuchung zeigt es sich zuweilen, dass man es mit Arthralgien gar nicht zu thun habe, sondern mit Erkrankungen der den betreffenden Gelenken zunächst gelegenen Muskeln, Sehnen, der benachbarten Beinhaut, oder dass Neuralgien die Ursache jener Zustände sind, welche für Arthralgien gelten. — Man wird sich deshalb hier mehr als sonst nicht an die Angaben des Kranken halten, sondern muss selbstständig untersuchen, um eine richtige Diagnose zu stellen.

Seltener treten in Folge von Syphilis Ergüsse in die Gelenke auf. Es entwickeln sich dieselben Symptome, wie bei einer leichten Arthralgie. Das Gelenk wird schmerzhaft, sowohl spontan, als bei activer oder passiver Behandlung. Diese Schmerzen erreichen jedoch nur einen mittleren Grad und werden niemals so heftig, wie bei Gicht oder Rheumatismus; dann wird die Gelenkshöhle von einem Ergusse erfüllt, welcher in der Mehrzahl der Fälle nicht beträchtlich ist. Man hat das ganze Bild einer nicht entzündlich verlaufenden Hydarthrose. Die Haut bleibt nämlich in der Gegend des Gelenkes vollkommen normal und hat nicht jene schwach röthliche Farbe, wie man sie z. B. beim Rheumatismus beobachtet. Auch im Allgemeinbefinden treten keine Störungen auf, ausser es gesellte sich, wie dies in seltenen Fällen geschieht, zu dem eigentlichen Leiden ein mehr oder weniger heftiger Grad von Entzündung, oder die befallenen Individuen wären von Haus aus etwas erregbar. Dann kommt es allerdings zu einem leichten Fieber, das aber immer rasch schwindet, zu Appetitlosigkeit, Uebelbefinden, Missstimmung u. s. w. Der Sitz dieses Leidens sind gewöhnlich die Kniegelenke, die Knöchel, das Handwurzelgelenk. Dieser Zustand kann als eine Arthritis subacuta syphilitica aufgefasst werden.

Es gibt aber auch noch Fälle, in denen sich in Folge von Syphilis wirklich eine einfache Hydarthrose entwickelt. Dieser Zustand unterscheidet sich von dem im Vorhergehenden geschilderten durch weniger lebhafte Schmerzen, bisweilen werden gar keine beobachtet,

durch einen beträchtlichen Erguss, dessen Vorhandensein leicht du das Getaste festzustellen ist. Er bietet aber kein eigenthümliches P nomen und unterscheidet sich von einer gewöhnlichen Hydarthrose durch das geringere Volumen, die kürzere Dauer und die leicht Rückbildung in Folge des Eingreifens einer anti-syphilitischen Th pie. Der letztere Umstand hilft auch in zweifelhaften Fällen Diagnose dieser Krankheit machen, welche nur im Kniegelenke beobs tet wird. In welcher Form aber immer das Leiden auftritt, nie dau es lange. Immer wird eine interne Behandlung, Ruhe, Kataplasn und gegen die Hydarthrose Bepinselungen mit Jodtinctur und Comp sion in wenigen Wochen, oft in 14 Tagen schon, einen Erfolg hal Einige setzen bei entzündlichen Erscheinungen auch noch Schröpfk an das Gelenk. Es muss noch aufmerksam gemacht werden, dass d Arthropathien eine mehr oder weniger intensive, eine mehr oder w ger lange andauernde Crepitation fast ausnahmslos zurücklassen, wel wahrscheinlich von der zurückgebliebenen Rauhigkeit an den Geler flächen herrührt und nicht blos durch das Getaste wahrgenommen, s dern auch auf Distanz gehört werden kann. Diese Gelenksleiden s keine rheumatischen Affectionen (mit denen sie so grosse Aehnlich haben) in individuo syphilitico. Zum Beweise entwickeln sie sich imn in einer gewissen Periode der Diathese; treten sie mit anderen sy litischen Symptomen gleichzeitig auf; üben Mercur und Jod einen heilsamen Einfluss auf sie aus; zeigen sie sich auch bei Individuen, weder an und für sich noch durch Hāredität eine Anlage zum Rh matismus haben; endlich besitzen sie Symptome, welche man bei gewöhnlichen Rheumatismen nicht wahrnimmt, während wieder gewö liche Rheumatismen Erscheinungen darbieten, die bei den in Rede henden Erkrankungen nicht beobachtet werden. So z. B. haben die philitischen Gelenksleiden nicht die Geneigtheit, sich auf andere lenke auszubreiten und pflegen auch nicht auf die serösen Häute tastasen zu setzen. Dagegen haben sie nächtliche Exacerbationen eine viel raschere Entwicklung zu ihrem Höhepunkte, als die Gele leiden beim Rheumatismus.

§ 94. An die Arthropathien reihen sich die syph. Erkrankun der Sehnen, welche eine grosse Analogie mit den Gelenksleiden besi und auch zu gleicher Zeit mit ihnen vorkommen. Man bemerkt ent der einfache Hydropsie der Sehnenscheiden oder mehr weniger vollständige Entzündungen der Synovial-Säcke. Die Hydro

besteht in einer Ausdehnung der Sehnenscheide durch einen flüssigen Erguss, welche Exsudation äusserlich schon durch eine Anschwellung, durch einen Buckel, der dem Verlaufe einer Sehne entspricht, gekennzeichnet, deutlich circumscript und sowohl spontan, sowie gegen Druck schmerzlos ist. Aus dem Grunde entgeht sie oft dem Kranken, wie dem Arzte. Die Haut über derselben verfärbt sich nicht, und sie veranlasst höchstens eine leichte Beschränkung der Bewegungen, an denen die betreffenden Sehnen theilnehmen. Bisweilen bemerkt man eine mehr oder weniger deutliche Fluctuation. Man findet sie meist an den Sehnen der Extensoren der Finger, bisweilen auch am Fussrücken, entsprechend den Sehnen der Extensoren der Zehen. Meist zeigen sie sich auf der einen Seite, manchmal auf beiden Seiten und symmetrisch. Diese Art von specifischem Hygrome ist an und für sich gutartig und besteht nicht lange Zeit, resorbirt sich immer leicht und rasch auch ohne Behandlung, und schlimmstenfalls reicht eine innere Behandlung vollkommen aus.

Sehr verschieden ist die zweite Art der Sehnenerkrankungen in Folge von Syphilis. Da findet man schon Erscheinungen von Acuität. Man hat eine Tendinitis vor sich oder vielmehr eine Synovitis tendinosa syph. Ihre Symptome sind: An irgend einer Sehne, entweder in der Continuität, häufiger aber in der Nähe der Insertion am Knochen findet sich eine leichte längliche Anschwellung, welche genau dem Verlaufe einer Sehne entspricht. Die Anschwellung hat einen entzündlichen Charakter, ist auch spontan schmerzhaft, schmerzt noch mehr bei Bewegung oder Betastung und macht sich schon an der Haut durch einen röthlichen Streifen kenntlich. Selten findet man Fluctuation, und man hat höchstens die Wahrnehmung eines phlegmonösen Ergusses (teigiges Anfühlen). Die Functionsstörungen sind mehr oder weniger deutlich beim Gebrauch der betreffenden Muskeln; die activen Bewegungen sind in verschiedenem Grade verhindert, erschwert, schmerzhaft; die passiven Bewegungen veranlassen gleichfalls einen lebhaften Schmerz an den Stellen des Leidens; schliesslich bemerkt man, obwohl nur ausnahmsweise, beim Auflegen der Hände auf die Geschwulst, bei Bewegungen ein leichtes Knistern, als ob man frischen Schnee zwischen den Fingern reiben würde. Diese verschiedenen Symptome kommen bei einer jeden Tendinitis vor. Soweit unterscheidet sich eine syphilitische Tendinitis durch nichts von einer vulgären. Man bemerkt mehrere

Gradunterschiede des Leidens. Gewöhnlich hat die Erkrankung einen subacuten, gutartigen und wenig schmerzhaften Charakter. Bisweilen jedoch ist sie acuter; die örtliche Entzündung ist dann sehr gesteigert, die Schmerzen sind dieselben, wie bei einem heftigen Rheumatismus und die Haut wird zwiebelroth und gewissermassen ödematös, das Glied wird in Folge des Schmerzes unbeweglich, die Functionsstörungen sind deutlich ausgeprägt. Zu diesen örtlichen Symptomen kommen dann noch bei nervösen Individuen einige Erscheinungen von kurzer Dauer, die auf eine allgemeine Reaction hindeuten, als Fieberbewegung, Appetitlosigkeit, Uebelbefinden, Schlaflosigkeit u. s. w. Der Hauptsitz des Leidens sind die Sehnen der Strecker der Zehen, die Sehnen des Biceps femoris, des Peroneus und der Strecker der Finger. Man bemerkt sie auch, aber schon seltener, an den Sehnen, welche das Kniegelenk umgeben, am Gänsefuss, an der Sehne des Supinator longus, an der Achillessehne u. s. w. Die Tendinitis syph. besteht länger als die Hydropsie, sie resorbirt sich schwieriger und langsam und verlangt neben einer Allgemeinbehandlung auch eine örtliche, welche schon durch die Schmerzen gefordert wird. Letztere besteht demnach in der Anwendung von schmerzstillenden Mitteln, Kataplasmen neben Opiaten, erweichenden Umschlägen, narcotischen Linimenten, Watta-Einwickelungen; bisweilen muss man auch den antiphlogistischen Apparat anwenden, und zwar Schröpfköpfe, welche sehr empfohlen werden, fliegende Vesicatoirs, welche nach der Meinung Einzelner die Resolution veranlassen. In 8 oder 14 Tagen wird man mit Hilfe einer solchen Therapie meistens mit dem Leiden fertig.

Es muss jedoch bemerkt werden, dass die erwähnten Erkrankungen nicht immer in der geschilderten marcanten Weise auftreten, sondern oft ist das Bild so verwischt, dass sie leicht verkannt werden. Die Röthe z. B. bemerkt man nicht in allen Fällen; sei es, dass die Entzündung nur einen mittleren Grad hat, oder dass die über den afficirten Sehnen liegenden Gewebsschichten eine beträchtliche Dicke haben. Auch die Anschwellung ist nicht immer deutlich dem Laufe einer Sehne entsprechend; sie kann geringer oder diffus oder mit collateralem Oedeme complicirt und durch dasselbe maskirt sein. Ferner kann die geringe Quantität des in die Sehnenscheide Ergossenen die Ursache sein, weshalb man das Leiden nicht genau diagnosticiren kann, weil dadurch eine kaum merkbare Fluctuation veranlasst wird, und die Symptome reduciren sich nur auf eine entzündliche, der leidenden Stelle entspre-

chende Resistenz, welche nichts Specifisches an sich hat. Endlich kann es geschehen, dass die Erscheinungen anderer Erkrankungen das ohnehin nicht deutlich ausgeprägte Leiden vollends verdecken. So kann z. B. gleichzeitig ein Gelenksleiden bestehen und die vorhandenen Erscheinungen, auch die der vielleicht nebenbei aufgetretenen Entzündung der benachbarten Sehnen, werden auf ersteres bezogen; oder es kann eine Periostitis des Knochens, an welchen sich die Sehne inserirt, gleichzeitig vorhanden sein und der Tendinitis dasselbe Schicksal bereiten. Diese Fälle sind nicht selten, und man muss von der Möglichkeit ihres Vorkommens unterrichtet sein. Es bleibt für die Diagnose der Sehnenerkrankungen kein anderes beachtenswerthes Symptom als der Schmerz und die Functionsstörungen, und auch dann sind noch Verwechslungen mit Rheumatismus, Myosalgie u. s. w. möglich. Um denselben auszuweichen, richte man auch bei der Untersuchung sein Augenmerk darauf, ob der Schmerz auf einer circumscripten Stelle sich findet, ob diese Stelle nicht dem Verlaufe einer Sehne entspricht, ob sie auf Druck besonders schmerzhaft ist, während die Nachbarschaft vollkommen schmerzlos ist, und ob auch endlich Schmerz durch active und passive Bewegung, bei welchem letzteren Anlasse die Sehnen gezerrt oder gedrückt werden, empfunden wird. Wenn man auf diese Weise die Tendinitis sucht, wird man ihre Diagnose leicht machen können; vorausgesetzt, dass man sich eine Analyse des anatomischen Sitzes und eine sorgfältige Untersuchung der Functionsstörungen angelegen sein lässt. Man wird dann finden, dass die Schmerzen in den Knieen, Knöcheln, Füssen, Schultern, Ellbogen, Fäusten, Fingern etc., über welche die Syphilitischen so häufig klagen, sehr oft auf Erkrankungen der Sehnenscheiden zurückzuführen sind. Man wird dann finden, dass z. B. Schmerzen in den Knieen durch Erkrankung der grossen Strecksehne des Unterschenkels oder der Sehnen, welche den Gänsefuss zusammensetzen, oder der Sehnen des Biceps in der Gegend des Köpfchens des Wadenbeines, manchmal auch der Sehnen des Semimembranosus veranlasst sind. Ferner wird man finden, dass die Schmerzen in den Knöcheln oder der Füsse von der Erkrankung der Sehnen des Streckers der Zehen, des Extens. hal. long., der Peronei hervorgerufen werden; es wird sich ergeben, dass die Schmerzen der Faust durch die Erkrankung der Strecker der Finger bedingt sind. Man wird endlich constatiren können, dass die Schmerzen des Ellbogens, besonders der Ellbogenbeuge, durch die Erkrankung der Sehne des Biceps veranlasst werden. Besonders die letztere Erkrankung

kommt bei Syphilitischen nicht selten vor. Die Kranken können dann den Vorderarm dem Oberarme nicht nähern. Wird in solchen Fällen das Ende der Biceps-Sehne gedrückt, so entsteht ein heftiger Schmerz, während die benachbarten Stellen vollkommen unempfindlich gegen Druck sind, und Bewegungen werden an derselben Stelle Schmerz hervorrufen, an welcher durch Druck Schmerz entstanden ist.

§ 95. Die Muskeln sind oft in Folge von Syphilis während der Periode der Frühformen in verschiedener Weise erkrankt. Man beobachtet: 1. Myosalgien; 2. musculäre Contracturen; 3. Muskelschwäche; 4. Atrophie; 5. Zittern.

1. Syph. Muskelschmerzen. Sie haben als einziges Symptom den Schmerz. Dazu gesellt sich ein geringer Grad von Unfähigkeit, den Muskel wegen des Schmerzes zu gebrauchen; die eigentliche Beweglichkeit leidet nicht. Die Muskelschmerzen in der Periode der syphilitischen Frühformen ergreifen das Muskelfleisch: selten befallen sie einen ganzen Muskel, fast immer einen Theil seines Verlaufes in einem Umfange von mehreren Centimetern Dieser Schmerz äussert sich bei einer jeden Bewegung, aber auch in der Ruhe ist von Zeit zu Zeit Schmerz vorhanden, wahrscheinlich in Folge von kaum wahrnehmbaren Stellungs- oder Lageveränderungen, oder in Folge von unwillkürlichen Muskelcontractionen, oder aus sonst irgend einer unbekannten Ursache. Durch Druck, ja selbst durch einfache Betastung werden die Schmerzen gesteigert und dadurch wird es dem Arzte möglich, den Sitz und die Ausdehnung der erkrankten Stelle genau anzugeben. In der Ruhe haben die Schmerzen einen gewissen dumpfen Charakter, bei Bewegung werden sie heftig und reissend; endlich bemerkt man an ihnen deutliche Exacerbationen. In anderen Fällen wieder sind sie des Morgens beim Erwachen, so lange also der Muskel noch nicht viel functionirt durch einige Zeit lebhafter, als zu anderen Tageszeiten.

Die am häufigsten ergriffenen Muskeln sind: die Muskelmassen der Hinterbacken und der unteren Extremität überhaupt. In der Gegend des Triceps femoris und in der Wade findet man die Kranken gegen Betastung empfindlich, und so unbedeutend auch die Heftigkeit der Schmerzen sein mag, sie zwingt doch die Patienten, im Bette zu bleiben, denn Gehen und Stehen sind fast gleichmässig unmöglich. Ferner zeigen sich häufig die Muskeln der Schultern ergriffen; die Kranken sind dann am Aufheben der Arme gehindert; drückt man in solchen Fällen den Deltoideus, so empfinden die Patienten einen leb-

haften Schmerz. — Ebenso erkranken die Muskeln des Vorderarmes, besonders die Beuger; infolge dessen ist es den von diesem Leiden Befallenen nicht möglich, die Finger zu beugen; sie werden ungeschickt, können mit den Händen nichts drücken, nichts umklammern, können z. B. nicht nähen u. s. w. — Auch die Muskeln des Nacken-Antheiles des Cucularis sind demselben Uebel unterworfen; in solchen Fällen können die Betreffenden manche Bewegungen des Kopfes nicht ausführen, und bemerkt man förmliche Torticolis. — Zu den nicht selten erkrankten gehören auch die Muskeln der Hüfte. Es kommt dann zur Entwickelung einer wahren Lumbago syphilitica. Bisweilen findet man nur eine der erwähnten Muskelgruppen ergriffen, manchmal mehrere, mitunter alle; und zwar alle in gleichem oder verschiedenem Grade; und dann gesellen sich noch zu diesen Muskelerkrankungen hie und da die bereits erwähnten Erkrankungen in den Gelenken, den Sehnen und dem Periost. In Anbetracht dessen, dass diese Erkrankungen alle durch dieselbe Diathese bedingt sind und derselben Periode der Diathese angehören, wird ihr combinirtes Vorkommen nicht Wunder nehmen.

Der Grad der Schmerzhaftigkeit ist ein verschiedener. Bisweilen findet man eine solche Schmerzhaftigkeit, wie beim heftigsten Muskelrheumatismus; in anderen Fällen nur eine gewisse Steifheit, welche in der Ruhe kaum bemerkt wird, aber bei Bewegungen sehr auffällig ist.

D a u e r und E n t w i c k e l u n g der Myosalgia syphilitica sind sehr verschieden. Bisweilen besteht sie einige Tage; manchmal verschwindet sie erst nach Wochen, oder sie verschwindet nur, um wiederzukehren, denn Recidiven derselben sind sehr häufig. — Es ist glücklicherweise sehr leicht, die Kranken von diesem Zustande zu befreien, und zwar vermittelst einer internen Behandlung, welche von örtlichen Mitteln unterstützt wird, als von narcotischen Linimenten, Chloroform-Einreibungen, Sinapismen, Bepinselungen mit Collodium. Auch fliegende Vesicantien werden gelobt; Dampfbäder werden die Cur wesentlich unterstützen.

2. **D i e M u s k e l - C o n t r a c t u r**, in Folge von Syphilis, ist ziemlich selten. Sie ergreift fast immer den Biceps brachii, so dass die Kranken den Vorderarm in unveränderter Beugung gegen den Oberarm halten. Selbst wenn man den Schmerz des Kranken nicht scheuen würde, ist die Beugung doch nicht durch den Versuch gewaltsamer Streckung aufzuheben. Der Grund dieses Zustandes kann

nur durch eine sorgfältige Untersuchung und durch Ausschliessen ande rer Ursachen erforscht werden Man muss neben diesem Zustande da Ellbogengelenk vollkommen intact finden, keine Anschwellung, keinen Schmerz im Gelenke, keine Erkrankung des Knochens, keine Erkran kung der andern Muskeln wahrnehmen können, wenn man die Behaup tung aufstellt, dass die Contractur des Biceps brachii die Ursache des vor handenen Zustandes ist. Es ist dann in diesem Muskel keine Anschwellung keine allgemeine oder umschriebene Härte zu bemerken. Er ist gege Druck vielleicht etwas empfindlich, und auch das nicht immer. Wie kommt, dass Syphilis diese Contractur veranlasst, ist vollkommen un bekannt.

3. Die Muskelschwäche in Folge von Syphilis.

Während der Periode der Frühformen, namentlich in der erst Zeit derselben, kommt es sehr häufig vor, dass die Muskelkraft mehr oder weniger auffälliger Weise abnimmt. Die Kranken werd sich dieses Zustandes bewusst, indem sie zu ihren gewöhnlichen Arbei ten nicht so fähig sind, wie sonst.

Wenn dieser Zustand sehr ausgeprägt ist, kann ihn der Arzt leicht erkennen. Man braucht sich nur von dem Patienten mit aller ihm zu Gebote stehenden Stärke die Hand drücken zu lassen; und man wird sofort erkennen, dass diese Kraftentfaltung mit dem Habitus des Individuums, welches man vor sich hat, nicht im Einklange steht Aber eine exacte Beurtheilung wird erst möglich, wenn man das Dyna mometer anwendet. Dieses Instrument zeigt ein allmäliges, dem Grade der Krankheit entsprechendes Sinken der Kräfte, welches dann wieder einem Steigen Platz macht, wenn der pathologische Zustand in den normalen übergeht. Die Untersuchungen mit dem Dynamometer haben gezeigt, dass wohl in einer grossen Anzahl von Fällen syphilitischer Diathese die Abnahme der Kräfte keine erhebliche ist, aber in der weit überwiegenden Mehrzahl der Fälle kann sie denn doch mit ge nanntem Instrumente ziffermässig nachgewiesen werden. Der mitt lere Grad des Kräfteverlustes solcher Kranken fällt gewöhnlich mit Anaemie, Mattigkeit, Abmagerung, kurz mit jenem Zustande des All gemeinbefindens, den man als syphilitische Chlorose bezeichnet, zusammen Der stärkste Grad hingegen ist ähnlich dem Kräftezustande, welchen man bei Reconvalescenten nach schweren acuten Krankheiten bemerkt oder bei chronischen Krankheiten, die den Organismus entkräften.

Diese beträchtliche Einbusse an Muskelkraft bemerkt man fast ausschliesslich: erstens an jungen, erregbaren, nervösen Weibern, deren Organismus durch die Diathese bedeutend erschüttert worden ist; ferner in jenen Fällen, wo die Functionen des Splanchnicus durch Syphilis alterirt wurden und wo sich jener Zustand entwickelt, der schon früher erörtert und als Asthenie bei Syphilis bezeichnet wurde. Es ist das ein Beweis, dass sich die Syphilis in der Periode der Frühformen nicht, wie man ehemals glaubte, auf die oberflächlich gelegenen Gewebe beschränkt, sondern dass sie schon von Anbeginn den ganzen Organismus des befallenen Individuums ergreift. Diese Schwächung des Körpers ist meistens nur zeitweilig, sie dauert kürzer oder länger, je nach der Constitution, der angewendeten Hygiene, der Intensität der Krankheit, der mehr oder weniger zweckmässigen Behandlung. Schliesslich macht sie allmälig dem normalen Zustande Platz. In der Mehrzahl der Fälle hat sich der Organismus schon in wenigen Monaten erholt und diese Erholung geschieht in einer raschen und vollständigen Weise. Mitunter jedoch erfolgt sie langsam, bedarf eines oder mehrerer Jahre, kann manchmal für die Dauer unvollständig bleiben. Der letzte Grund auch dieses Zustandes ist in vollkommenes Dunkel gehüllt.

4. Die Muskelabmagerung in Folge von Syphilis ist eine ebenso häufige Erscheinung, wie dergleichen in Folge mancher acuten oder chronischen Krankheiten beobachtet wird. Die weitere Consequenz ist natürlich eine entsprechende Schwäche des Muskels.

Dieser Zustand ist verschieden von dem im Vorhergehenden geschilderten, wo Muskelschwäche ohne Abmagerung stattgefunden hat. Kommt es aber zur Abmagerung, dann ist Schwäche jedesmal die nothwendige Folge. Dieses Leiden ist bei Weibern nicht selten, namentlich wenn sie jung, zart, von lymphatischer Constitution, nervös sind; wenn ihr Organismus durch Syphilis depressiven und denutritiven Einflüssen ausgesetzt ward. Das Hauptsymptom dieses Zustandes besteht in der Abnahme der Muskelmasse und entsprechender Abnahme der Kräfte; gleichzeitig tritt auch ein merklicher Verlust des subcutanen Fettes auf. — Man findet verschiedene Grade: einen leichten, kaum bemerkbaren, einen stärkeren, der schon dem Kranken auffällt, vom Arzte aber nur an solchen Individuen diagnosticirt werden kann, die er vor dem Auftreten des Leidens im bezüglichen Punkte genau gekannt hat. Das Muskelfleisch ist weich, schlaff, einzelne Muskelvorsprünge sind abgeflacht, dies bemerkt man

besonders an den Waden, an den Schultern, den Hinterbacken, am Oberarm, Vorderarm, wo sich die Abnahme oft sehr auffallend gestaltet. Ferner gibt es noch einen äussersten Grad dieses Leidens, wo man es nicht mehr mit einer Abmagerung zu thun hat, sondern schon mit Marasmus, mit Muskelschwund. Das ist dann die Cachexia syphilitica, bei welcher Stamm und Extremitäten nahezu fleischlos erscheinen. Die Muskeln sind in solchen Fällen zart, klein, heben sich von der Umgebung nicht ab, und die Obduction zeigt auch wirklich eine bedeutende Abnahme.

5. Das Zittern in Folge von Syphilis ist während der Periode der Frühformen ziemlich selten und hat nichts mit jenem Zittern gemein, das man in einer sehr vorgeschrittenen Periode der Diathese, während der Periode der Spätformen, wahrnimmt, und welches seinen Grund in pathologischen Producten hat, die jener Epoche angehören und die im Central-Nervensystem sitzen. Diese letztere Affection ist sehr schwer und ist gleichzeitig mit Paralysen, Störungen in der Intelligenz und verschiedenen anderen Gehirnerscheinungen vorhanden. Das Zittern während der Periode der Frühformen hingegen tritt ganz für sich allein auf. Es associiren sich ihm nicht die oben erwähnten Symptome und man kann auch nicht behaupten, dass eine Desorganisation des Gehirnes oder des Rückenmarkes ihm zu Grunde liege. Es ist eine einfache, isolirte, auf eine gewisse Zeit beschränkte, folglich gutartige Erkrankung. Dieses Zittern kann sogar ziemlich zeitlich in jener letzterwähnten Periode sich zeigen und findet sich namentlich bei Weibern.

Das Leiden besteht in einer convulsivischen Bewegung gewisser Körpertheile in Form rasch aufeinander folgender Stösse, welche von der abwechselnden Zusammenziehung und Erschlaffung der Muskeln herrühren. Es tritt plötzlich, ohne Prodromal-Symptome, über Nacht auf und wird zumeist und zuerst an den Händen beobachtet. Es ist immer auf eine Muskelgruppe beschränkt, erstreckt sich nie auf den Stamm, oder ergreift auch nie den Kopf. Häufig ist es einseitig. Es hat verschiedene Grade der Intensität, manchmal sind die Stösse so rasch und so klein, dass man genau aufmerken muss, um sie wahrzunehmen. Manchmal erfolgen die Stösse in grösseren Excursionen, in längeren Pausen und werden dadurch deutlicher ersichtlich. Sie haben dann Aehnlichkeit mit dem Zittern beim Alcoholismus oder beim Erschrecken. Zwischen diesen beiden Extremen gibt es eine

Menge Abstufungen. Am besten nimmt man das Zittern wahr, wenn man die Hand auf die zu untersuchende Muskelmasse auflegt, bei welcher Gelegenheit ein fibrilläres Zucken beobachtet wird. In einzelnen Fällen ist dieses Zittern rhythmisch, in anderen unregelmässig; die einzelnen Stösse haben ungleiche Elongationen und die Pausen zwischen jenen sind verschieden. Mit dem Sphygmographen kann man die Intensität und den Rhythmus der Stösse zu Papier bringen. Man findet da ein rhythmisches Muskelzucken mit kurzen Stössen und langen Pausen, oder mit langen Stössen und kurzen Pausen, dann mit Stössen, die eben so lange dauern wie die Pausen. Es gibt ferner Zuckungen, bei welchen die aufeinanderfolgenden Stösse verschiedene Elongationen haben. und die zwischen denselben eingeschalteten Pausen eine verschiedene Dauer; endlich gibt es noch Stösse, welche sehr rasch aufeinander folgen und bedeutende Elongationen besitzen u. s. w.

Das hier in Rede stehende Leiden ist in den meisten Fällen unregelmässig und intermittirend. Es zeigt sich anfallsweise Die Anfälle, welche bisweilen einer Gelegenheitsursache, z. B. einer geistigen Aufregung, einem Wechsel in der Lage oder in der Stellung, einer Bewegung, der Arbeit u. s. w. ihre Veranlassung verdanken, treten meist spontan auf. Sie sind an keine fixe Zeit gebunden und werden in den verschiedensten Abschnitten des Tages beobachtet; bisweilen setzen sie einige Tage aus u. s. w. Die Dauer dieser Anfälle ist bei den verschiedenen Individuen und untereinander verschieden. Manchmal dauern sie nur einige Minuten, manchmal ganze Tage. Im Schlafe hören sie auf. Mitunter, wenn sie ganze Tage dauern, zeigen sie unregelmässige Remissionen und Exacerbationen. Auch die Dauer des Bestehens dieses Leidens überhaupt ist bei den Kranken verschieden, überschreitet aber selten 14 Tage, macht häufig Pausen von 8 bis 10 Tagen und recidivirt dann. Der Einfluss auf die Kranken ist ungleich. Ist der Zustand ein leichter, so achten sie seiner gar nicht, und er kann auch dem Arzte entgehen; hat er eine mittlere Intensität, so beeinträchtigt er einige Hantirungen, z. B. das Nähen; wird er intensiver, so entsteht vorübergehende Unsicherheit in den Bewegungen, so dass die Kranken z. B keinen Löffel zum Mund führen können, ohne seinen Inhalt zu verschütten. Dieser Zustand wird noch bedeutend verschlimmert durch ziemlich andauernde Muskelkrämpfe, welche neben dem Zittern die Präcision der Bewegungen bedeutend beeinträchtigen.

Der Grund dieses Leidens ist vollkommen unbekannt, nur vermuthen lässt sich, dass der Muskel hier als Vermittler von Erscheinungen fungirt, deren Ursachen in den Nervencentren ihren Sitz haben. Zu dieser Annahme wird man gedrängt, wenn man berücksichtigt, dass das syphilitische Zittern gewöhnlich neben anderen Störungen im Cerebrospinal-System, neben Neuralgien, neuralgieähnlichen Schmerzen, Analgesieen, periferischer Kälte, Schweiss, Fieber, Herzklopfen, hysterischen Anfällen u. s. w. beobachtet wird; ferner, wenn man bedenkt, dass es oft psychische Einflüsse sind, welche diesen Zustand veranlassen, oder wenn er aufgehört hat, wieder aufleben machen, dass er sich besonders bei Individuen mit einem durch die Syphilis erschütterten Nervensysteme findet. Es ist aber nothwendig, wenn man das im Vorhergehenden geschilderte Symptom auf Syphilis bezieht, sich immer vor Augen zu halten, dass man in der Lage sein muss, jede andere Ursache, die es hervorzurufen im Stande wäre, wie Alcoholismus, Mercurialismus, Bleivergiftung, Vergiftung mit anderen Substanzen, individuelle oder häreditäre Anlage, nervöse Veränderungen aus anderen Gründen, als: durch Gemüthserschütterung, Excesse, Onanie, Hysterie u. s. w. ganz sicher ausschliessen zu können.

Eines ist noch zu erwähnen: Man könnte die Einwendung machen, dass es sich vielleicht in den dieser Erörterung zu Grunde liegenden Fällen um Mercurialzittern gehandelt haben könne. Darauf lässt sich erwidern: 1. Das Mercurialzittern ist eine Erscheinung, welche verlangt, dass das Quecksilber lange Zeit und nachdrücklich auf den Organismus eingewirkt habe, in einer Art, wie es durch die heutzutage übliche Anwendungsweise des Mercur zu therapeutischen Zwecken gar nicht möglich ist; 2. lässt sich entgegnen, dass das Quecksilber das Zittern der Syphilitischen heilt; 3 bemerkt man dieses Zittern auch bei Syphilitischen, die nie ein Atom Quecksilber genommen haben.

Die verschiedenen Erkrankungen, welche im Vorhergehenden geschildert worden sind, können vereinzelt vorkommen, oder sich in mannigfacher Weise combiniren. Hiedurch gewinnt es manchmal den Anschein, als ob der Patient an einem ganz gewöhnlichen Rheumatismus litte. Dieser Schein wächst noch durch das gleichzeitige Auftreten anderer Symptome, die mit den Erkrankungen im Bewegungs-Apparate nicht zusammenhängen, als: durch gleichzeitig vorhandenes Fieber, welches eine relativ häufig durch die Syphilis hervorgerufene Erscheinung ist; durch gleichzeitig stärkere Schweisssecretion, welche

gleichfalls die Diathese in Folge ihres Einflusses auf das Nervensystem veranlassen kann, und die beide anderseits beim Rheumatismus so gewöhnlich sind. Endlich können zu gleicher Zeit anderweitige luetische Störungen im Allgemeinbefinden auftreten, als: Appetitlosigkeit, Saburralzustände der Zunge, Trägheit in der Verdauung, Anämie, Abgeschlagenheit; verschiedene Nervenerscheinungen, als: Schlaflosigkeit, Kopfschmerz u. s. w. Fournier spricht deshalb auch von einem Pseudorheumatismus syphiliticus. Die Kenntnis der Möglichkeit des Vorhandenseins dieses Zustandes ist wegen Wahl einer zweckmässigen Therapie von grösster Wichtigkeit.

Es gibt ferner Erkrankungen in dem Bewegungsapparate in Folge von Syphilis, welche nicht wie die bisher erörterten in Bezug auf Sitz und Beschaffenheit genau zu definiren sind. Sie sind zu wenig deutlich ausgeprägt, um sie den früher besprochenen anzureihen; deshalb soll von ihnen jetzt appart gesprochen werden.

Hieher gehört die Abgeschlagenheit, welche in Folge der Dyscrasie zuweilen an den Kranken bemerkt wird. Es ist ein Zustand von allgemeiner Mattigkeit, welcher entweder gleich beim Beginne oder beim späteren Auftreten von syphilitischen Exanthemen von den Kranken empfunden wird. Den Sitz der durch die Diathese veranlassten pathologischen Veränderung, welche diesen Zustand verursacht, anzugeben, ist nach den gegenwärtigen Kenntnissen nicht möglich. Wir wissen ja auch nicht, wo die Ursache der im gewöhnlichen Leben auftretenden Müdigkeit zu suchen ist. Ebenso unbestimmt in Bezug auf den Sitz sind gewisse Schmerzen während der Periode der Frühformen, welche die Patienten an verschiedenen Stellen des Körpers, an den Gliedern, den Füssen, dem Thorax, Abdomen empfinden. Es gelingt auch mit der äussersten Mühe nicht, durch das sorgfältigste Befragen der Kranken, da sie es oft selbst nicht wissen, herauszubringen, wo denn eigentlich diese Schmerzen sitzen.

An die bisher erwähnten Phänomene reiht sich noch das zur Nachtzeit auftretende Einschlafen der Extremitäten, so dass die Betreffenden des Morgens wie mit tauben Gliedern aufstehen. Im Verlaufe des Tages nimmt dieser Zustand allmälig ab, so wie die Leidenden eben die Extremitäten gebrauchen, und nach einiger Zeit des Wachseins ist er ganz geschwunden. Auch der Sitz des näheren Causalmomentes dieses Zustandes ist ganz unbekannt. Ebenso ist der Grund der abendlichen oder nächtlichen Paroxismen der syphilitischen

Schmerzen, sowie überhaupt der nächtlichen Exacerbationen vieler syphilitischer Erscheinungen in Dunkel gehüllt. Man hat ehedem mit Unrecht sehr viel Gewicht auf diese Eigenthümlichkeit gelegt, denn, während es einerseits viele andere mit der Diathese nicht zusammenhängende Zustände gibt, die abendlichen Exacerbationen unterworfen sind, kommen anderseits wieder syphilitische Phänomene zur Beobachtung, welche bei Tag heftiger oder bei Tag und Nacht gleich heftig sind, oder die sogar während des Schlafes, also während der Nachtruhe ganz schwinden. Doch ist nicht zu läugnen, dass bei der Mehrzahl der Erscheinungen, welche die Dyscrasie hervorruft, diese charakteristischen, nächtlichen Exacerbationen wahrgenommen werden. Man hat dieselben mit Unrecht der Bettwärme zugeschrieben; denn sie befallen auch die Kranken zu einer Zeit, wo sie noch nicht im Bette sind, und sie wurden schliesslich auch bei Leuten beobachtet, welche zur Nachtzeit arbeiten, also Nachts gar nicht ins Bett kommen. Es muss demnach ganz gewiss eine andere Ursache diesen Erscheinungen zu Grunde liegen. Sicher ist dieser Grund ein specifischer, aber er ist, wie gesagt, vollkommen unbekannt.

VI. CAPITEL.

Erkrankungen des Nervensystems während der Periode der Frühformen der Syphilis.

§ 96. Die Erkrankungen des Nervensystems, welche die Syphilis während der Periode der Frühformen veranlasst, treten beim Weibe viel häufiger auf, als beim Manne, und sind auch bei ersterem viel intensiver und mannigfaltiger, als bei letzterem; doch wäre es ein Irrthum, zu glauben, dass sie bei allen mit Syphilis behafteten Weibern sich zeigen. Besonders aber beobachtet man sie bei jenen Weibern nicht oder seltener, welche durch Habitus und Temperament sich mehr dem Typus des Mannes nähern. In vielen Fällen jedoch können wir den Grund nicht angeben, warum das Nervensystem des einen Weibes in Folge der Diathese mehr ergriffen ist, als das eines anderen.

Dabei sind es nicht einzelne Theile des Centralnervensystems, welche krankhaft afficirt werden, sondern das ganze Nervensystem; die Mittelpunkte, sowie die peripheren Ausläufer scheinen in eine Art Erregung versetzt zu sein, welche bisweilen kaum merklich, wie ein Funke unter der Asche glimmt und nur der geringsten Gelegenheitsursache bedarf, um zur Flamme zu werden. Durch diese Erregung (Nervosisme secondaire von Fournier genannt) werden nicht bloss mannigfaltige neue, der Syphilis direct zuzuschreibende Nervenerscheinungen am Kranken hervorgerufen, sondern alte, längst vergessene Neurosen leben wieder auf, oder bestehende prägen sich schärfer aus, oder solche, welche im Laufe der Zeit schwächer geworden waren, gewinnen an Intensität, oder schliesslich solche, zu denen nur die Anlage vorhanden war, entwickeln sich durch den Einfluss der Syphilis.

Dabei muss hervorgehoben werden, dass dieser Einfluss der Diathese nur während der Periode der Frühformen ihr zukommt, später hat sie diesen zu schildernden Einfluss nicht (und die Nervenerscheinungen während der Periode der Spätformen sind durch direct abgelagerte, im Leben oder nach dem Tode palpable Producte, durch deutlich nachweisbare Veränderungen bedingt).

Die Nervenerscheinungen während der Periode der Frühformen zerfallen in 2 Gruppen, in häufigere und seltenere, oder nur in Ausnahmsfällen sich zeigende.

Zu den ersteren gehören:

1. Kopfschmerz, die gewöhnlichste der hier zu schildernden Nervenerscheinungen; 2. Störungen des Schlafes; 3. nervöse Schwäche; 4. neuralgieähnliche oder neuralgische Schmerzen; 5. Störungen der Sensibilität, darunter besonders häufig Analgesie. Sie kommen entweder isolirt oder untereinander combinirt vor.

§ 97. Der Kopfschmerz, welcher hier abgehandelt wird, ist verschieden von dem im Vorigen erwähnten, durch Erkrankung der Hirnschale und ihrer fibrösen Aussenhüllen veranlassten und verschieden von dem neuralgischen Kopfschmerze, der später erörtert werden soll, und in der Erkrankung von Gehirnnerven seinen Grund hat. Denn während diese beiden der Natur ihrer Entstehungsursache nach entweder auf einen Theil des Kopfes, welcher der erkrankten Knochenpartie oder dem Verlaufe eines leidenden Nerven entspricht, begrenzt sind, ist jener allgemein und scheint mehr in der Tiefe seinen Sitz zu haben, durch die Meningen oder das Cerebrum bedingt zu sein. Man muss sagen „scheint", weil ausser der Art des Schmerzes und einem negativen Befunde bei der Untersuchung sonst kein Zeichen für diesen tiefen Sitz spricht.

Die Kranken klagen nämlich über einen verbreiteten, oft allgemeinen, häufig aber an einzelnen Stellen: Stirn, Schläfen, Hinterhaupt besonders merkbaren Schmerz von verschiedener Intensität, der als Druck, Reissen, betäubende Schwere, Hämmern etc. geschildert wird. — Sind die Patienten in leichterem Grade von Schmerz befallen, so beschweren sie sich wohl über Eingenommenheit des Kopfes, können aber dabei ihren Beschäftigungen nachgehen und schlafen. — Ist der Schmerz heftiger, dann wird er einem Anfalle von Migraine verglichen. stört vollständig die Arbeit, besonders die geistige, und den Schlaf. — Wird er noch heftiger, dann müssen die Kranken ins Bett, sind zu jeder

Arbeit unfähig, finden weder Rast noch Ruhe, werden ordentlich wie betäubt. — Dann gibt es noch einen, glücklicherweise selten vorkommenden und zwar den höchsten Grad des Schmerzes. Dieser Zustand ist Entsetzen erregend. Die Kranken toben vor Schmerz, pressen das Haupt zwischen ihre Hände, werfen sich im Bette herum, springen aus demselben heraus und wälzen sich auf dem Boden, achten nicht auf ihre Umgebung, antworten kaum auf Fragen, und das ganze Bild hat Aehnlichkeit mit den hochgradigsten Paroxismen der Gallenstein- oder Nierensteinkolik.

Es ist begreiflich, dass ein derartiger Zustand nicht ohne Einfluss auf andere Functionen des Organismus bleibt. Der Appetit vermindert sich oder erlischt ganz; das ist übrigens nichts Auffälliges, denn es kommt dies ja bei jedem schweren Leiden vor. Aber die Verdauung wird träge, die Stuhlabsetzung wird selten und mühevoll, das Nervensystem wird excitirt. Noch mehr aber leidet die Intelligenz. Die Kranken werden traurig, auch in der schmerzfreien Zeit, niedergedrückt. Sie büssen ihre Lebhaftigkeit im Denken und Handeln ein, werden bei längerer Dauer des Leidens unfähig zu jeder Arbeit, welche geistiger Anstrengung bedarf, und versehen ihre täglichen Verrichtungen nur in Folge der Macht der Gewohnheit — wie automatisch. Dazu gesellen sich dann Zustände von Betäubung und Schwindel. Nicht selten treten auch Sehstörungen hinzu, ohne dass man mit dem Augenspiegel die geringste krankhafte Veränderung in den Medien und Häuten des Auges nachweisen kann. Die Kranken klagen in solchen Fällen über Nebel vor den Augen. — Endlich beobachtet man auch eine Art von Delirium. Die Patienten sprechen zusammenhanglose Worte oder sprechen etwas Unmotivirtes, begehen auch unmotivirte Handlungen und haben von Beidem kein Bewusstsein. — Ja bis dahin kann sich der Schmerz steigern, dass er zu Selbstmordversuchen führt. Er tritt entweder intermittirend oder continuirlich mit besonders abendlichen oder nächtlichen Exacerbationen auf; sehr selten wird er Nachts oder während des Schlafes mässiger. Ist er intermittirend, so fallen die Remissionen gewöhnlich auf die Tageszeit und man beobachtet eine förmliche Periodicität. — Das Leiden dauert in verschiedenen Fällen verschieden lange Zeit: einige Tage, (besonders bei zweckmässiger Behandlung), manchmal einige Wochen oder gar eine ungemessen lange Zeit, wird dann für Migräne oder Neuralgie gehalten und ist häufigen Recidiven unterworfen.

Glücklicherweise ist es den Einflüssen der Therapie sehr zugänglich. Das Hauptmittel dagegen ist Quecksilber, der Erfolg desselben ein rascher; das Gegentheil findet man nur in Ausnahmsfällen. Jodkali dagegen ist weniger wirksam. Es kann das Quecksilber in den hieher gehörigen Fällen unterstützen, aber nicht ersetzen; mit dem Mercur vereint ist es besonders in den hochgradigen Fällen sehr effectvoll. Viele Aerzte wiederum geben bei den im Vorigen abgehandelten Fällen grossen Dosen Jodkali den Vorzug vor allen anderen Medicamenten.

§ 98. Schlaflosigkeit in Folge von Syphilis tritt in einer ziemlich vorgerückten Zeit der Periode der Frühformen als symptomatische oder idiopathische auf. Die erstere bedarf nicht weiterer Erörterung; sie wird durch die nächtlichen Exacerbationen des Schmerzes, wenn er syphilitische Symptome begleitet, hinreichend erklärt. Die idiopathische Schlaflosigkeit ist deshalb merkwürdig, weil der Kranke, ohne dass man einen Grund hiefür angeben könnte, die Nächte wachend verbringt. Erst gegen Morgen stellt sich in Folge von Erschöpfung ein kurzer, unterbrochener Schlummer, ein Halbschlaf ein, aus welchem der Patient weniger ausgeruht, als er beim Niederlegen Abends vorher war, erwacht.

Nervöse syph. Asthenie. Mit diesem Namen ist eine Gruppe von Erscheinungen, welche der Nervensphäre angehören, zu bezeichnen, die in Folge von Syphilis während der Periode der Frühformen auftreten und die schon in einem vorausgegangenen Abschnitte erwähnt wurden, sowie auch daselbst begründet ward, dass diese Erscheinungen nur durch eine tiefgreifende Erschütterung des Gesammtnervensystems erklärt werden können. Das Wesen dieser durch die Syphilis gesetzten Erkrankung des Nervensystems, die wir nur durch ihre Folgezustände — jene Erscheinungen — wahrnehmen, ist bis heute in Dunkel gehüllt. Wir finden dieselben Symptome bei chronischen Ernährungsstörungen, bei häufig wiederkehrenden Haemorrhagien, bei bedeutenden moralischen Erschütterungen, bei Chlorose, Anaemie, kurz bei allen jenen Zuständen, welche Verarmung der Oeconomie des Körpers veranlassen, und führen sie auch bei diesen Zuständen auf ein tiefes Ergriffensein des Cerebrospinal-Nervensystems zurück. Es muss jedoch bemerkt werden, dass nicht bei allen Syphilitischen alle die an anderem Orte aufgezählten diesbezüglichen Symptome und auch nicht immer in gleicher Intensität beobachtet werden.

Neuralgieähnliche Schmerzen und Neuralgien, besonders erstere, finden sich in Folge von Syphilis nicht selten. Die Schmerzen, über welche die Syphilitischen klagen, sind häufig ziemlich vag, nicht so wie gewöhnliche Neuralgien an den Verlauf gewisser Nerven gebunden, betreffen meist den Kopf und folgen mehr oder weniger deutlich den Verästelungen des Trigeminus, der rami auriculares und mastoidei, des Plexus cervicalis und des nervus occipitalis. Am häufigsten bemerkt man einen der Gesichtsneuralgie ähnlichen Zustand, welcher, wenn er auf die obersten Verästelungen des Quintus zurückzuführen ist, zur dritten Art von Kopfschmerz, die wir nun schon bei Syphilitischen kennen lernen, Veranlassung gibt. Nur ausnahmsweise werden in Folge von Syphilis die unteren Trigeminusäste ergriffen. Die neuralgia supraorbitalis ist demnach von den verschiedenen Neuralgien, welche Syphilitische betreffen, die häufigste. Viel seltener ist die Neuralgia temporalis, cervico-occipitalis, welche auch nicht so deutlich ausgeprägt sind und deshalb mehr als neuralgieähnliche Zustände, denn als wahre Neuralgien aufgefasst werden.

In der Häufigkeitsscala kommt gleich nach der Neuralgia facialis die Ischias. Sie ist nicht selten in Folge von Syphilis, scheint es aber zu sein, weil ihr wahrer Grund oft verkannt wird. Es ist selbstverständlich, dass sie, vielleicht von nächtlichen Exacerbationen abgesehen, kein anderes klinisches Bild bieten kann und wird, als die Ischias, welche auf andere Gründe zurückzuführen ist. Eine Eigenthümlichkeit der Ischias syphilitica ist jedoch hervorzuheben: dass sie nie den Nerven in seiner ganzen Ausdehnung betrifft, sondern immer nur einzelne Abschnitte desselben, den Hüfttheil oder den Schenkeltheil; selten überschreitet sie das Knie, noch seltener reicht sie bis zum Ende der Extremität.

Nach diesem Leiden kommen in der Häufigkeitsscala die Intercostal-, Lumbo-abdominal-, Crural-Neuralgien und die Mastodynie in Folge von Syphilis. Der letztere Zustand besteht in einem Schmerze der Mamma bei Druck, ohne dass Volum und Form des Organs oder die Farbe seiner Haut eine Aenderung erfahren haben. Gewöhnlich werden beide Brüste gleichzeitig ergriffen. Das Leiden ist ziemlich hartnäckig und widersteht oft der specifischen wie der nichtspecifischen Therapie durch mehrere Wochen. Andere Neuralgien wie die Cervical- und Cervico-brachial-Neuralgie sind ziemlich selten.

Sie sind klinisch von den durch andere Veranlassungen bedingten Neuralgien nicht verschieden, bald mehr, bald weniger heftig und haben Exacerbationen, Remissionen und Recidiven nach scheinbarer Heilung, Eigenthümlichkeiten, deren Grund wir nicht kennen. — Abendliche oder nächtliche Verschlimmerungen der betreffenden Zustände sind nicht so constant, um als pathognomonisches Zeichen verwerthet werden zu können. Allen gemeinschaftlich aber ist, dass eine antisyphilitische Behandlung, insbesondere mit Quecksilber, einen heilenden Einfluss auf sie ausübt. Und daran wird ihre eigentliche Natur auch oft allein zu erkennen sein, da sich häufig neben ihnen keine anderen Zeichen der Diathese finden und die Anamnese, oft mit oder ohne Willen des Kranken mangelhaft, nicht die nöthigen Anhaltspunkte für die Diagnose bietet.

Das Wesen dieser Neuralgien der Syphilitischen ist ganz unbekannt. Viele halten sie für Leiden sine materia, lediglich durch den Einfluss der Diathese hervorgerufen. Andere sind der Ansicht, sie seien nur symptomatische Zustände, und das Grundleiden bestände in einer Erkrankung der Nervenelemente, des Neurilemma, oder Druck oder sonstige Reizung von Seite der pathologisch, in Folge von Syphilis veränderten Nachbarschaft der Nerven seien ihre Ursachen. Wahrscheinlich haben beide Parteien Recht und es wird ebenso solche Zustände rein dynamischer Natur geben, wie es Neuralgien geben wird, welche eine zweite Kategorie bilden, die immer durch eine der angeführten Alterationen veranlasst werden.

Die Störungen in der Sensibilität in Folge von Syphilis äussern sich als krankhafte Unempfindlichkeit oder wenigstens als Verminderung der Empfindlichkeit gegen die verschiedenen auf den Tastsinn wirkenden oder gegen die Schmerz erzeugenden Einflüsse oder gegen beide zugleich. Dieser Zustand ist bei Weibern während der Periode der Frühformen gar nicht selten und besteht demnach in Analgesie, Anaesthesie, auch in einer Combination beider.

Bei der einfachen Analgesie können die Temperaturen der den Körper umgebenden Medien deutlich wahrgenommen werden, ebenso wie alle sonstigen Wahrnehmungen des Tastsinnes regelmässig vor sich gehen, nur bereiten sie keinen Schmerz, selbst wenn sie von der Art sind, dass sie im Normalen Schmerz verursachen. Diese Form ist sehr häufig, selten dagegen ist die Combination von Analgesie und Anaesthesie, noch seltener aber ist Anaesthesie allein in Folge von Syphilis. Anaesthesie findet sich bekanntlich auch bei Hysterie und bei

Affectionen des Cerebrospinalsystems. Im letzteren Falle sind sich die Kranken des Zustandes bewusst, er belästigt sie und sie beklagen sich sehr darüber, während die durch Hysterie bedingte Anaesthesie den Kranken gleichgiltig ist und auch oft übersehen wird. Endlich findet man die syph. Analgesie mit durch die Diathese bedingtem Verluste des Wahrnehmungsvermögens für die Temperaturen der den Körper umgebenden Medien combinirt.

Am häufigsten von den aufgezählten Zuständen wird die Analgesie beobachtet, welche desshalb ausführlicher besprochen werden soll.

Sie findet sich in verschiedenen Graden. Bisweilen spüren die Kranken wohl die schmerzhaften Eindrücke, aber sie empfinden selbe im geringeren Grade, als im Normalen. Manchmal jedoch haben sie nicht die geringste Wahrnehmung von demselben. Man kann sie stechen und kneipen so viel man will, sie spüren es nicht. Zwischen diesen beiden Extremen finden sich dann alle möglichen Abstufungen.

Ebenso gibt es auch alle möglichen räumlichen Verschiedenheiten in Bezug auf Ausbreitung des Leidens. Bald ist der Zustand an allen Stellen des Körpers bemerkbar, bald nur an einigen. In Fällen der letzteren Art (und diese bilden die Mehrzahl) ist die Analgesie auf die Extremitäten und da wieder meist auf die oberen beschränkt. Sie findet sich an umschriebenen Stellen der Rückenfläche der Handwurzel und am Busen, vorzugsweise ferner an den Wangen und an der Streckfläche des Vorderarmes.

Sie tritt symmetrisch auf (und das gilt auch von allen anderen krankhaften Veränderungen der Sensibilität in Folge von Syphilis, während die in Folge von Hysterie meist auf eine Seite beschränkt sind). Doch erleidet diese Regel mannigfache, bezüglich ihrer Gründe unaufgeklärte Ausnahmen. Das Auftreten auf der Streckfläche der Extremitäten kommt übrigens nicht bloss der durch Syphilis, sondern auch der durch Bleiintoxication entstandenen Analgesie zu. Noch ist zu bemerken, dass die syph. Analgesie auch inselförmig auftritt.

Am interessantesten bleibt jedenfalls das Vorkommen der syph. Analgesie auf der Streckfläche der Hand und ihre bisweilen bemerkte Ausbreitung auf die Streckflächen der Finger. Wenn man einen Kranken auf das Vorhandensein dieses Symptoms untersucht, muss man immer die erwähnte Gegend prüfen, denn da vorzugsweise hochgradig entwickelt, oder da allein findet man das besprochene Symptom, und von hier

schwindet es zuletzt, wenn es an mehreren Stellen gleichzeitig aufgetreten sein sollte.

Die syphilitische Analgesie ist gewöhnlich oberflächlich und betrifft nur die Haut. Sticht man den Kranken in die Haut, so spürt er es demnach nicht, sticht man ihn tiefer in das subcutane Bindegewebe und trifft dort auf einen Nerven, so empfindet der Patient Schmerz. Darum bleiben die Kranken auch meistens, aber nicht in allen Fällen, gegen Kneipen empfindlich. Zu der durch Hysterie bedingten Analgesie oder Anaesthesie gesellt sich Hyperaesthesie gegen gewisse Eindrücke. Das ist bei Syphilis fast nie oder nur höchst selten der Fall.

Neben der syph. Analgesie der Haut zeigt sich mitunter auch eine Analgesie der Schleimhäute. Man findet Anaesthesie und besonders Analgesie auf der Backenschleimhaut, der Zunge, der schneiderischen Membran, der Conjunctiva und auf der Schleimhaut der Vulva.

Seltener schon kommen neben Analgesie Störungen der Sensibilität der Muskeln vor. Man findet nämlich mitunter, dass die Muskeln gegen Kneten unempfindlich sind, und gleichzeitig ist auch das Muskelgefühl verloren gegangen, so dass die Kranken, die mindeste Bewegung, z. B. das Strecken des Armes, bei geschlossenen Augen nicht ausführen können. Die Kranken wissen nämlich nicht, ob ihr Muskel in Thätigkeit ist oder in Ruhe, wenn sie nicht gleichzeitig den Muskel wirken sehen.

Es drängt sich natürlich die Frage auf, ob in den Fällen, deren Abstraction das Mitgetheilte ist, alle diese im Vorhergehenden geschilderten Störungen in der Nervensphäre, nicht durch eine schon vor dem Auftreten der Diathese bestandene Neurose, Hysterie, Anaemie oder durch irgend einen krankhaften Zustand, der sich zufällig zur Syphilis gesellte, bedingt waren. Aber eine genaue Prüfung der Verhältnisse hat das Gegentheil gelehrt, denn einerseits konnte man in den betreffenden Fällen die citirten Ursachen ausschliessen; andererseits hatte man folgende positive Gründe, die Syphilis als die Ursache jener Leiden anzusehen:

1. die relative Häufigkeit. Wenn die Syphilis nicht die Ursache wäre, könnte man die oben erwähnten Erkrankungen so relativ häufig nicht bei Syphilitischen sehen und es wäre ein merkwürdiges Spiel des Zufalls, dass gerade an Syphilitischen Hysterie etc. (als Ursachen der geschilderten Nervenstörungen) häufiger beobachtet worden sein sollten.

2. die constante Entwicklung dieser Erkrankungen beim Auftreten immer gleicher durch die Syphilis gesetzter Verhältnisse. Man beobachtet die abgehandelten Zustände immer während der Periode der Frühformen und nie während einer anderen Epoche des Bestehens der Diathese, meist gleichzeitig mit syphilitischen Erkrankungen der Haut, der Schleimhaut, des Drüsensystems etc. Das kann doch auch kein Werk des blossen Zufalls sein.

3. endlich den Verlauf dieser Erkrankungen, welcher ganz dem Verlaufe anderer Symptome der Syphilis während der Periode der Frühformen entspricht Sie entstehen gleichzeitig mit diesen, vergehen mit ihnen, und Zeit und Behandlung haben auf beide denselben Einfluss. — Schliesslich wird durch die Behauptung, dass die Syphilis diese Erkrankungen bedingt, für diese Diathese kein Praerogativ verlangt, indem andere Diathesen ähnlichen Einfluss auf die Nervensphäre haben.

Die Dauer dieser Zustände ist sehr verschieden und beträgt gewöhnlich mehrere Wochen; war die Analgesie an mehreren Stellen bemerkbar oder gar allgemein, so kann sie an allen Stellen bis auf die Rückenfläche der Mittelhand rasch schwinden; an letzterer Stelle besteht sie eigenthümlicherweise, jeder Therapie hartnäckigen Widerstand leistend, oft mehrere Monate, bisweilen länger als ein Jahr.

§ 99. Die zweite Gruppe der Erkrankungen des Nervensystems welche durch die Syphilis während der Periode der Frühformen bedingt wird, umfasst solche, die nur selten, ja man kann von einzelnen derselben sagen, nur ausnahmsweise zur Beobachtung kommen. Sie erregen schon aus dem Grunde unser Interesse, weil sie im Allgemeinen wenig bekannt sind, und sehr oft irrthümlicherweise nicht die Syphilis als der Grund ihres Erscheinens angegeben wird. Zwei Arten von Erscheinungen bilden diese Gruppe. Die eine umfasst Erkrankungen, welche Functionen des animalischen Lebens betreffen, zur andern gehören Anomalien, die an Verrichtungen des organischen Lebens beobachtet werden.

Hieher gehören nach ihrer Wichtigkeit als zuerst zu erwähnende die Paralysen, welche die Syphilis schon in einer sehr frühen Periode ihres Bestehens bedingt. Ihre Hauptkennzeichen sind, dass sie partiell auf einen ganzen Nerven oder auf einen Theil seiner Verästelung beschränkt auftreten können, und dass sie am häufigsten in einer Hemiplegia facialis, seltener in einer Paralyse des Oculomotorius, des Abducens bestehen, noch seltener sind Lähmungen

des Trochlearis oder einer Extremität u. s. w. Die Lähmungen, welch die Syphilis bedingt, haben begreiflicherweise keine anderen Symptom als Lähmungen, welche durch eine andere Ursache veranlasst werden Alles Interesse, das wir an solchen Krankheiten haben, concentrirt sic demnach in der Specificität der Ursache des Leidens. Den von einer Ergründung dieser hängt die Wahl einer zweckmässigen also rasch wirkenden und geradeaus ihrem Ziele zustrebenden The rapie ab.

Die häufigste von diesen Lähmungen ist die Hemiplegia faciali Sie tritt am frühesten auf, so dass man sie schon im vierten Monat nach stattgefundener Infection, auch noch viel früher beobachtet ha

Wenn diese Zustände sich selbst überlassen werden, das ist i Fällen, wo die Specificität ihres Ursprunges nicht erkannt und demge mäss auch nicht die richtige Therapie ergriffen wird, bestehen sie ziem lich lange, ein Viertel- bis ein halbes Jahr fort. Heilung ist dann nu sehr schwer zu erlangen, und es ist nicht zu entscheiden, ob diese Zu stände nicht definitiv werden, wenn nicht eine entsprechende Behand lung bei Zeiten eingeleitet worden ist. Ist aber das letztere der Fal so erfolgt immer vollständige Heilung. Doch darf man es nicht mi zu kleinen Dosen der angewendeten Mittel versuchen oder die Behand lung durch Zuwarten hinausziehen, wenn man einen günstigen Ausgan erreichen will, und man muss sich vor Allem an Quecksilber halte welches sehr wirksam ist.

Ausnahmsweise kann die Syphilis auch Lähmungen einer gan zen Körperhälfte hervorrufen; das kann schon im sechsten Mo nate nach stattgefundener Infection der Fall sein. Die Bedingunge unter welchen dergleichen Lähmungen auftreten, lassen über die speci fische Natur derselben keinen Zweifel: 1. Sind es meist junge, in de Blüthe des Lebens stehende Individuen. 2. Findet man an ihnen kein Erkrankung des Herzens oder der Gefässe, keine häreditäre Anlage keine durch Profession oder Lebensgewohnheiten oder eigenthümliche Bau des Körpers bedingte Dispositionen zu Gehirnerkrankungen. 3. Wer den die Leute bei sonst vollkommener Gesundheit, wenn man von de Syphilis absieht, ohne irgend eine Gelegenheitsursache von der Läh mung befallen; nur sind meist heftige Schmerzen vorausgegangen un fast immer mehr oder weniger heftige Eruptionen in anderen Gewebe vorhanden. 4. Heilen alle diese Hemiplegien vollständig und rasch be der sogenannten gemischten Behandlung (Mercur-Jod-Therapie) gleich

zeitig mit anderen Manifestationen der Syphilis. 5. Zeigen sich neben ihnen keine anderen Cerebral-Symptome.

Der Verlauf ist gewöhnlich kein so plötzlich auftretender, wie bei einer Lähmung in Folge von Apoplexie. Die Kranken, welche von der syphilitischen Paraplegie befallen werden, stürzen nicht zusammen, verlieren nicht das Bewusstsein, verlieren nicht plötzlich ihr Wohlbefinden, das einem Collapsus Platz macht, mit einem Worte, es gibt keinen Ictus, sondern der Zustand entwickelt sich langsam, schleichend. Die Kranken leiden schon durch mehrere Tage vorher an heftigen Kopfschmerzen, sind wie betäubt, schwach, schwindelig, unsicher auf den Beinen. Dann wird der Schwindel heftiger; die Kranken ziehen beim Gehen ein Bein nach, stolpern, fallen leicht; der Arm der sich später als ergriffen zeigenden Seite wird etwas taub, schwerfällig in seinen Bewegungen, der Mundwinkel weicht anfangs wenig, dann immer stärker und stärker von seiner gewöhnlichen Stellung ab. Alles das entwickelt sich nicht stossweise, sondern nach und nach, in der Zeit von 1—2 Tagen, seltener in wenigen Stunden, ohne dass die Kranken über mehr als ein Uebelbefinden oder eine grössere oder geringere Eingenommenheit des Kopfes klagen würden. Dann nehmen diese Störungen der Beweglichkeit zu, und die Hemiplegie fängt an, deutlicher zu werden. Sie wird nie vollständig. So kann z. B. die untere Extremität unfähig werden, das Gewicht des Körpers zu tragen, aber sie kann noch die Fähigkeit behalten, gewisse Bewegungen auszuführen. Die obere Extremität kann ihre Kraft eingebüsst haben, aber sie kann noch erhoben werden; die Finger sind nicht mehr fähig, einen Gegenstand zu umklammern, aber sie haben dennoch ihre Beweglichkeit nicht verloren; auch die Lähmung des Gesichtes kann nur eine theilweise sein; so kann in einzelnen Fällen das Auge geschlossen werden, oder die Sprache braucht nicht durchaus unmöglich zu sein, nur können die Kranken keine Consonanten hervorbringen. Der Mund dagegen ist immer sehr stark von seiner Stellung abgelenkt und die Verzerrung der Züge, besonders beim Lachen, ist sehr deutlich. Die Sensibilität leidet in demselben Grade wie die Motilität. Die anderen Functionen werden wenig oder gar nicht alterirt.

Die Hemiplegie in Folge von Syphilis bessert sich und verschwindet später vollkommen nach einer specifischen Behandlung, und zwar bewährt sich das Tractamen mixtum bei welchem man dem Kranken innerlich Jod gibt und daneben einreiben lässt. Die

Einreibungen sind der inneren Anwendung des Quecksilbers vorzuziehen, weil es sich um rasche und energische Wirkung handelt. Schon nach der ersten, spätestens nach der zweiten Woche der Behandlung bemerkt man eine namhafte und rasch zunehmende Besserung in der Bewegung der Glieder. Auch die abweichende Stellung des Mundes ändert sich und macht allmälig der normalen Platz; dann aber fängt die Wirkung an, etwas zögernder sich zu äussern und jene schiefe Stellung der Lippen ist das letzte Symptom, welches verschwindet

Der anatomische Grund dieses Processes ist vollkommen unbekannt und da Necroscopien fehlen, haben die Hypothesen freien Spielraum. Man nimmt an, dass diese Lähmungen durch Compression der Nerven an irgend einer Stelle ihres Verlaufes, vorzugsweise während der Durchsetzung knöcherner oder fibröser Hohlräume, zu Stande kommen, oder dass irgend eine in ihrem Wesen unerkannte Erkrankung der Nervensubstanz selbst platzgreift. Dafür spricht der vollkommen umschriebene und anatomisch definirbare Umfang der Paralyse. Namentlich gilt das von der Hemiplegie des ganzen Körpers, als deren Grund man allgemein irgend eine palpaple Erkrankung annimmt. Aber wo diese Erkrankung sitzt, ob im Knochen, ob in den Meningen, in den Gefässen oder in der Substanz des Gehirns, ist vollkommen unbekannt.

Immer kleiner wird die Zahl derjenigen Autoren, welche auch eine syphilitische Lähmung sine materia annehmen.

Die Sinnesnerven erleiden gleichfalls während der Periode der Frühformen namhafte Störungen ihrer Functionen in Folge von Syphilis. Was das Gesicht anbelangt, beobachtet man Abnahme der Sehstärke, Nebel, Wolken vor den Augen, fliegende Mücken, Störungen in der Accomodation, wie man sie bei Anämie, bei schweren Krankheiten, welche die Kräfte des Organismus sehr erschöpfen, beobachtet; endlich einige Erscheinungen von Amblyopie, für die man trotz der genauesten Untersuchung mit dem Augenspiegel keinen Grund angeben kann.

Was das Gehör anlangt, beobachtet man Klingen, Rauschen und Sausen und andere entotische Geräusche, welche die Kranken sehr belästigen, mehr oder weniger lebhafte Schmerzen im Ohr, Harthörigkeit und vorübergehende Taubheit. Alle diese Erscheinungen sind unerklärt in Bezug auf ihren anatomischen Ursprung und werden deshalb vorläufig den Nervenstörungen angereiht, bis eine genauere Einsicht der Ver-

hältnisse mit der Erkenntnis des wahren Grundes ihnen einen definitiven, vielleicht einen anderen Platz anweisen wird.

Die Syphilis stört auch die Functionen des Denkvermögens. Die Kranken büssen ihre Lebhaftigkeit, ihre Intelligenz in mehr oder weniger hohem Grade ein. Mitunter bemerken sie es selbst und beklagen sich darüber. Sie finden, dass sie weniger lebhaft denken, begreifen und urtheilen; sie verlieren die Lust zu geistiger Thätigkeit, und wenn sie dazu durch Umstände verhalten sind, so wird sie ihnen mühsam und unangenehm. Kurz es greift gerade so eine geistige Asthenie Platz, wie die körperliche, von der früher die Rede war, und mitunter steigert sich diese geistige Schwäche zu einem förmlichen Torpor. Da man in den dieser Behauptung zu Grunde liegenden Fällen keine andere Ursache des erwähnten Factums nachweisen kann, so muss man wohl die Syphilis als die Veranlassung betrachten. Man muss jedoch sagen, dass diese Zufälle sehr selten sind.

§ 100. Die Syphilis kann aber auch in der Periode der Frühformen, wie schon erwähnt worden ist, präexistente Neuralgien steigern, solche, die vielleicht schon völlig erloschen waren, wieder aufleben lassen, oder solche, die schon nachgelassen haben, wieder zu ihrer früheren Intensität zurückführen, und dieser Einfluss auf das kranke Nervensystem ist häufiger wahrnehmbar, als der oben auseinandergesetzte Einfluss auf das gesunde. Das Gesagte gilt vor Allem von der Hysterie, welche bei jenen Weibern, bei denen sie vielleicht seit Jahren theilweise oder ganz aufgehört hat, durch Syphilis eine ungeahnte Steigerung erfahren kann. Dasselbe gilt auch von der Epilepsie; allein da ist dieser Einfluss nur auf eine gewisse Zeit beschränkt. Er dauert nicht lange und nimmt von selbst ab. Will man aber therapeutisch vorgehen, so halte man sich ja nicht an die herkömmlichen Nervenmittel, sondern an eine specifische Behandlung. Es wäre gefehlt, wenn man bei einer durch Syphilis hervorgerufenen Hysterie oder Epilepsie ein gegen diese Krankheiten gerichtetes specielles Verfahren einschlagen wollte, sondern es ist besser, in solchen Fällen die Syphilis zu bekämpfen. Zahlreiche Beobachtungen haben ferner gelehrt, dass die Diathese Neurosen aller Art hervorrufen kann, welche nie früher bestanden haben und welche wahrscheinlich, wenn das Individuum nicht syphilitisch geworden wäre, sich auch nie geäussert hätten. Dieses gilt wieder vor Allem von der Hysterie. Dass man vom pathogenetischen Standpunkte in solchen Fällen annehmen muss, die

Syphilis sei Ursache dieser Hysterie, erhellt aus dem, weil neben letzterer häufig noch andere nervöse Störungen auftreten, welche evident auf Syphilis zurückzuführen sind, oder noch andere Manifestationen der Diathese bestehen; ferner daraus, dass alle diese verschiedenen Erscheinungen, welche da gleichzeitig vorhanden sind, auch gleichzeitig mit einander verlaufen und derselben Therapie weichen. Die Störungen, welche diese Hysterie veranlasst, sind mannigfach in ihrer Form. Sie bestehen entweder in einer Art von Erethismus der Nerven, welche deutlich ausgeprägt ist. Es ändert sich gewissermassen der Charakter. die Receptivität; die Individuen werden zornig ohne Ursache, weinen ohne Grund, sind leicht zu reizen, leiden unter einem psychischen und körperlichen Uebelbefinden, oder es entstehen fixe oder erratische Schmerzen, die gewöhnlich nicht genau zu localisiren sind, z. B. ein Gefühl von Zusammenschnürung der Brust, von Druck auf den Unterleib, Athemnoth (die in nichts begründet ist), der Globus hystericus (welcher bekanntlich vom Magen zu der Kehle aufsteigt und ein Gefühl erzeugt, als ob man ersticken müsste), ein Gefühl von Zusammenschnüren der Kehle, das Bedürfnis, sich immerfort zu strecken, Vapeurs, Ohnmachtsanfälle, allerlei Hyperästhesien; ausserdem gibt es noch Muskelkrämpfe, partielle Convulsionen einzelner Muskeln, Zittern, dann Schwächezustände, Lipothymie, welche weder durch Anämie, noch sonst durch irgend eine Ursache erklärbar ist; dann kommen tonische und clonische Krämpfe, die wahren hysterischen Anfälle, stürmische Bewegungen, Schleudern und Verdrehen der Glieder, Hervorstrecken des Hintern, Angina pectoris und die ganze Reihe der hysterischen Erscheinungen überhaupt. Manchmal treten nur einzelne deutlich ausgeprägte oder verwischte Symptome auf, so dass man den Zustand nicht als hysterisch, sondern nur als hysteriform bezeichnen muss. Manchmal combiniren sich mehrere der angeführten Erscheinungen. Alle diese Zustände haben eine verschieden lange Dauer, aber sie sind alle vergänglich, sie bestehen meist nur einige Wochen, selten einige Monate. Ihr Auftreten ist aus der wiederholt bereits erwähnten deletären Beeinflussung des Nervensystems durch Syphilis vollkommen erklärlich. Dieser Einfluss macht sich hier um so eher geltend, als die Patienten gewöhnlich sich ganz dem Eindrucke des Bewusstseins hingeben, an einer von der Gesellschaft stigmatisirten Krankheit zu leiden; er macht sich um so eher geltend, als die veränderte Lebensweise, die Absperrung in ein Spital, die Enthaltsamkeit von geschlechtlichem Umgange u. s. w., Momente

sind, welche die Wirksamkeit jener Hauptursache, der Diathese, gewiss in dem Hervorrufen solcher Anfälle unterstützen können.

Was von der Hysterie gilt, gilt auch von anderen Neurosen, z. B. von der Epilepsie und ihren Anfällen, oder richtiger gesagt, von den epileptiformen Anfällen, denen die Syphilitischen unterworfen sind. Diese wiederholen sich in verschiedenen Intervallen während einer mehr oder weniger langen Zeit immer mit demselben Charakter. Manchmal sind die auf Syphilis bezüglichen Antecedentien des Kranken ganz unbekannt und man ist ganz überrascht, dass ein Individuum ohne irgend eine palpable Ursache plötzlich an Epilepsie erkrankt, bis eine genaue Prüfung der Verhältnisse über das Causalmoment belehrt und durch Auffassung des Zusammenhanges der fraglichen Zustände mit der früher vorhandenen Syphilis die Sache klar wird. Diese Epilepsie in Folge von Syphilis ist selten. Man kann nun einwenden, dass es sich in den der ausgesprochenen Behauptung zu Grunde liegenden Fällen um wirkliche Epilepsie gehandelt haben mag. Dazu ist noch zu bemerken, dass eine Reihe von Anfällen ein Individuum noch nicht als epileptisch erscheinen lassen, und wird man deshalb die in Folge von Lues sich zeigenden Insulte mit mehr Recht als epileptiforme, denn als epileptische bezeichnen müssen, gerade so wie solche Anfälle in Folge eines Puerperal-Processes oder in Folge von Urämie auftreten, ohne dass man bei derartigen Erkrankungen von Epilepsie spricht.

Die Alten haben diese Zustände symptomatische Epilepsie oder falsche Epilepsie genannt. Anderseits findet man neben diesen epileptischen Anfällen an denselben Individuen auch hysterische, und sie werden manchmal auch von einer dritten Categorie von Anfällen heimgesucht, welche eine Mischlingsform beider darstellt. Nun ist es aber bekannt, dass die wahre Epilepsie eine Krankheit ist, die sich mit keiner anderen vermischt. Dagegen gilt dies von der sogenannten symptomatischen Epilepsie. Ferner ist zu bedenken, dass die Epilepsie, wie sie bei Syphilitischen beobachtet wird, immer vorübergehend ist. Sie dauert nie so lange, wie die wahre Epilepsie, welche meist unheilbar ist. Es ist zwar unbekannt, welchen Verlauf das hier in Rede stehende Leiden nimmt, wenn es sich selbst überlassen ist, weil es nicht in der Gewohnheit der von ihm befallenen Kranken liegt, ärztliche Behandlung nicht aufzusuchen; indess kann man von diesem wie von allen anderen syphilitischen Symptomen auf dem Wege der Induction annehmen, dass es spontan, also ohne jede Therapie nach längerer oder kürzerer Zeit

schwinden würde. Aber das ist sicher, dass es nur einer antisyphilitischen Therapie unterworfen, immer rasch schwindet und nie wiederkehrt. Das wird niemals die wahre Epilepsie thun und daraus erhellt, dass man es in einem solchen Falle nicht mit wahrer Epilepsie zu thun hat. Es geht aber ferner aus der Erwägung des Auseinandergesetzten hervor, wie nothwendig eine genaue Ergründung der Ursache dieser Anfälle ist, um durch eine zweckmässige Therapie die Kranken baldmöglichst von ihnen zu befreien.

§ 101. Auch das System des Sympathicus kann in Folge von Syphilis während der Periode der Frühformen ergriffen sein. Unter den hieher gehörigen Erkrankungen sind als die merkwürdigsten und auch dunkelsten die Störungen in der Wärmeempfindung zu erwähnen. Sie sind zweifach: ein örtliches, auf gewisse Stellen des Körpers, besonders an den Extremitäten, umschriebenes Kältegefühl und ein Gefühl von Kälte, das den ganzen Körper betrifft. Die erstere Erscheinung hat verschiedene Grade. In dem leichtesten Grade bemerkt man die Extremitäten kühl, im zweiten kalt und im dritten ordentlich eisig. Diese Kältegefühle sind nicht selten. Man findet sie, wie bereits gesagt, meist an Händen und Füssen, mitunter setzen sie sich in geringem Grade auf den Vorderarm und den Unterschenkel fort. Wenn sie sehr stark ausgeprägt sind, können sie sich, aber immer abnehmend, gegen die Wurzel der betreffenden Extremitäten erstrecken. Die leichteren Grade sind Erscheinungen von geringer Wichtigkeit; tritt aber Kältegefühl in höherem Grade auf, so ist dies ein für die Kranken äusserst unangenehmer Zustand. Die Hände werden dann gewissermassen taub; durch die Kälte verlieren sie ihre Agilität und sind für zarte Arbeit nicht geeignet. Die Kranken beklagen sich auch darüber, dass ihre Hände wie todt sind, dass sie kaum die Gegenstände fühlen, die sie anfassen und z. B. Nadeln nicht einfädeln können. Man kann dieses Sinken der Temperatur auch mit dem Thermometer nachweisen. Fournier bedient sich zur Ergründung dieser Zustände eines eigens gebauten Thermometers, bei welchem statt der Kugel ein münzenförmiger Quecksilberbehälter an die Thermometerröhre angeblasen ist. Dieser Behälter ist etwas concav, so dass er auf die Rückenfläche des Metacarpus, des Metatarsus, der aneinanderliegenden Finger leicht applicirt werden kann. Man lässt das Instrument einige Zeit 20 bis 30 Minuten liegen, bedeckt es behufs der Untersuchung mit Watte und befestigt dann Alles an dem zu untersuchenden Theile durch eine

Bandage. Um den Temperaturunterschied festzustellen, untersucht man gleichzeitig in derselben Weise ein anderes im selben Raume befindliches Individuum, welches die in Rede stehende Erscheinung nicht darbietet. Der Unterschied zwischen der Temperatur des Letzteren und der Temperatur des Ersteren gibt den Wärmeverlust des kranken Individuums. Man muss gestehen, dass diese Methode die wahre Temperaturdifferenz nicht ergibt, aber man bekommt doch ein annäherungsweise wahres Resultat, welches sich klinisch verwerthen lässt.

Die andere Art des durch die Syphilis bedingten Wärmeverlustes betrifft den ganzen Körper. Die Kranken empfinden ein über den ganzen Leib verbreitetes Gefühl von Kälte, wie wenn z. B. die Temperatur der Umgebung sich plötzlich abgekühlt hätte. Oft ist dieser Zustand leicht und rasch vorübergehend; dann wird er weiter nicht beachtet; wenn er aber stark ausgeprägt ist, so wird er lästig; die Kranken decken sich dann im Sommer so zu, hüllen sich fröstelnd so ein, als ob es im tiefsten Winter wäre; sie bleiben auch aus dem Grunde im Bette, um nicht so viel Kälte zu erdulden, und verlangen auch im Bette noch Wärmeflaschen, kurz, Worte und Handlungen zeugen von einem bedeutenden Kältegefühl, das sich objectiv in einzelnen, seltenen Fällen durch Schauern und Zähneklappern äussert. Es ist begreiflich, dass, wenn man sich um die Ursache dieser Erscheinung kümmert, dieses nur unter der Voraussetzung mit Erfolg geschehen kann, jenes Phänomen sei lediglich der Ausdruck von Störungen in der Circulation, und die Beobachtung hat das auch bestätigt. Der Puls der Kranken, an denen die erwähnte Erscheinung wahrgenommen wird, verliert seine Völle, seine natürliche Kraft, und zwar in dem Grade, in welchem die Intensität der Erscheinung zunimmt, und wird schliesslich klein, wie wenn das Caliber der Arterie sich verringert hätte. Wenn die Algidität bedeutend ist, so wird der Puls kaum zu fühlen, fadenförmig sein. (Uebrigens gibt der Sphygmograph besseren Aufschluss über die Qualität des Pulses, als die gewöhnlich übliche Betastung.) Diese Wahrnehmung macht man auch bei durch andere Ursachen veranlasstem Kältegefühle. — Die in Rede stehende Erscheinung ist gegen jede Therapie ziemlich widerstandsfähig, selten verschwindet sie vor 2 oder 4 Wochen, meist zieht sie sich mit Remissionen oder Intermissionen durch 2—3 Monate und noch mehr in die Länge. Selbst die anti-syphilitische Behandlung übt auf sie nur einen langsamen Einfluss, auch wenn man grosse Dosen der Medicamente, viel grössere als diejenigen, welche zur

Bekämpfung anderer Manifestationen der Diathese nothwendig sind, a wendet. Diese Zufälle sind an und für sich nicht schwer. Sie besitz nur eine scheinbare Wichtigkeit, so dass man sie für gefährlich hal könnte; doch geben sie indirect zu einer ungünstigen Pro nose für den Verlauf der Krankheit als Ganzes Veranl sung. Denn sie entwickeln sich nur bei Patienten, welche an vi fachen und rebellischen Frühformen der Syphilis leiden, l solchen, welche gleichzeitig von Eingeweide-Syphilis ergriffen sii und es ist begreiflich, dass diese viel ärger daran sind, als jene, (blos von den gang und gäben, im Obigen abgehandelten, auf der Ha und den Schleimhäuten sichtbaren Manifestationen der Diathese befall werden. Der wahre Grund dieser Erscheinung ist auch hier nicht l kannt und kann sein Sitz nur hypothetisch in den Sympathicus verl werden.

Ausserdem gibt es noch einzelne Erscheinungen, welc in dieselbe Kategorie gehören, wie die eben abgehandelte.

Viele Kranke klagen nämlich über von Zeit zu Zeit auftreten vorübergehende Frostanfälle oder vielmehr Schauer. Di zeigen sich ohne Veranlassung, unerwartet, bei Tag, aber besonders l Nacht, dauern nur eine kurze Zeit, einige Minuten, manchmal nur ei Minute, und wiederholen sich in mehr oder weniger langen Zeiträum Mitunter gesellt sich zu diesem Schauer ein längere oder kürzere Z andauerndes Kältegefühl Die in Rede stehenden Zustände sind auf kei andere Weise zu erklären, als dadurch, dass sie für Störungen in d Function des Sympathicus genommen werden.

Den im Vorhergehenden geschilderten gegenüber stehen Anfäl von Hitze, welche gleichfalls während der Periode der Frühform auftreten, und die wie Wallungen gegen den Kopf und die verschiede sten Körpertheile zu sich verbreiten. Auch sie zeigen sich unverho wie die oben erwähnten Kältegefühle, während der Ruhe, sogar wä rend der Bettruhe, ebenso wie während der Bewegung. Sie daue nur einige Minuten, aber durch ihre häufige Wiederholung be ruhigen sie die Kranken. Man muss sie gleichfalls, sowie die vo hergehenden Erscheinungen, auf krankhafte Veränderungen im vaso m torischen Nervensystem zurückführen.

Ferner gibt es ausser jenen Anfällen von Hitze und Kälte au noch Anfälle von Schweiss, welche unter verschiedenen Bed gungen und in verschiedenen Formen wahrgenommen werden. Di

Schweisse können über den ganzen Körper verbreitet und intermittirend sein. Sie treten dann während des Wachens auf oder während des Schlafes. In ersterem Falle zeigen sie sich, wenn die Kranken selbst eine geringe Bewegung ausführen, z. B. wenn sie ein wenig gehen, Stiegen steigen u. s. w.; aber sie befallen die Patienten auch im Bette ohne die geringste Veranlassung: im Winter wie im Sommer, im Freien wie in einem geschlossenen Raume und bei was immer für einer Temperatur der Luft. Doch am häufigsten äussern sie sich Nachts; die Kranken erwachen in Folge dessen schweissgebadet und finden das Bettzeug zum Auswinden durchnässt. Diese Schweisse sind vorübergehend, sie dauern nur kurze Zeit, aber sie kehren oft wieder und manchmal öfter während eines Tages oder während einer Nacht. Im Gegensatze zu dem Geschilderten gibt es auch continuirliche und einzelne Theile des Körpers befallende Schweisse, welche besonders an den Extremitäten beobachtet werden. — Da man diese Erscheinungen immer gleichzeitig mit dem Ausbruche anderer Erscheinungen von Syphilis wahrnimmt, so muss man sie auf die Diathese zurückführen. — Diese locale Hyperhydrosis befällt vorzugsweise die Hohlhand und hat verschiedene Grade. Manchmal ist die Hohlhand nur feucht, bisweilen aber steht der Schweiss in Tropfen auf derselben. Die krankhafte Secretion dauert immer ziemlich lange, bisweilen mehrere Monate, oft 2—3 Monate, mitunter noch länger. — Man hat diese Schweisse auf die Chloranämie, welche die Syphilis begleitet, zurückführen wollen; und es spricht dafür wirklich, dass Anämische und Cachectische häufig Schweissen unterworfen sind. Allein die syphilitische Anämie mag wohl die Entstehung dieser Schweisse begünstigen, doch vollständig erklären wird sie dieselben nicht; denn man beobachtet sie oft bei Syphilitischen, welche kein Zeichen von Anämie, Chlorose oder Cachexie an sich haben, so dass für ihre Erklärung wieder kein anderer Grund übrig bleibt, als die Diathese an sich, und diese beeinflusst wahrscheinlich das System des Sympathicus gerade so, wie andere Theile des Nervensystems, und der Sympathicus ist es ja, von dem wir nach dem gegenwärtigen Stande unseres Wissens glauben, dass er der Schweiss-Secretion vorstehe.

§ 102. Die Syphilis wirkt, abgesehen von dem im Obigen Mitgetheilten, unter Umständen noch auf alle Nervencentren derartig ein, dass ein Complex von Erscheinungen an den Kranken wahrnehmbar wird, welchen man als „Fieber“ bezeichnen muss.

Man hat seit jeher behauptet, dass die Syphilis als eine im Ganzen fieberlose Krankheit verlaufe, und wenn man auch febrile Zustände während der einzelnen Epochen des Bestehens der Diathese beobachtete, so hielt man dieselben für rein symptomatisch, für ein Epiphänomenon anderer Erscheinungen. Dem ist jedoch nicht so. Die Syphilis kann vielmehr, wie gesagt, auch an und für sich, und zwar nicht selten nicht blos als Begleitungserscheinung anderer Manifestationen der Dyscrasie, Fieberanfälle von verschiedenartigem Auftreten, verschiedener Dauer und Intensität hervorrufen. Man könnte wohl einwenden, dass der jeweilige Status febrilis in den der ausgesprochenen Behauptung zu Grunde liegenden Fällen von intercurrenten, mit der Syphilis in keinem Zusammenhange stehenden Leiden herrührte. Dagegen spricht aber auch hier die Häufigkeit dieser an Syphilitischen so oft wahrgenommenen Erscheinung, welche unmöglich das Ergebnis des ebenso häufigen zufälligen Hinzutretens einer zweiten Krankheit zu der bereits bestehenden Diathese sein kann. So oft wiederholt sich ein Zufall nicht. Es liegt vielmehr näher, anzunehmen, dass dieses Symptom gerade so, wie andere häufig an Syphilitischen auftretende, nur durch die Diathese veranlasst werde. Dazu kommt, dass man mit dieser Annahme für die Syphilis abermals kein Prärogativ verlangt. Man fordert für sie nichts anderes als die Anerkennung einer Thatsache, über deren Bestehen bei anderen Infectionskrankheiten längst schon kein Zweifel obwaltet. Wie bei diesen ist das Fieber hier auch einfach als eine Störung im Nervenleben anzusehen, und als Beweis für das Gesagte findet man es bei Weibern ungleich häufiger und intensiver, als bei Männern, weil ja bekanntlich die Receptivität des Nervensystems gegen Noxen bei jenen grösser ist, als bei diesen, ein Umstand, auf welchen übrigens schon wiederholt hingewiesen wurde.

Das Fieber gehört der syphilitischen Diathese ferner auch aus dem Grunde an, weil es sich immer nur während der Periode der Frühformen, also gewissermassen während des Höhestadiums der Entwicklung des hier in Rede stehenden Leidens, zeigt. Vor dem Auftreten von sogenannten Allgemeinerscheinungen wird es nicht beobachtet; auch nachher, zur Zeit der Periode der Spätformen, nicht, es sei denn, dass schwere Erkrankungen mit entzündlichem Character durch die Syphilis bedingt würden, oder dass es als hectisches Fieber sich manifestirte. Ferner ist es

rährend des ersten Jahres des Bestehens der Dyscrasie nicht selten, rird im zweiten und dritten Jahre seltener und später nur ausnahms- 'eise wahrgenommen.

Das symptomatische und das essentielle Fieber der Syphilitischen ind von einander in Bezug auf Entwicklung, Häufigkeit, Wesen und linisches Interesse sehr verschieden.

Das symptomatische Fieber ist ziemlich selten, da die errterten und noch zu erörternden Manifestationen der Diathese für ewöhnlich ohne Fieber auftreten und verlaufen. Indess bemerkt ıan doch Fieber in manchen Fällen als Prodomalsymptom oder als legleitungserscheinung im Anfange dieser oder jener Eruption auf der laut, bei der entzündlichen Iritis, bei Periostitis, Arthritis, Tendinitis, Pseudo-)Rheumatismus der Periode der Frühformen, bei Adenopathie, ie zur Eiterung führt, bei Lymphangitis bei Erysipel oder Phlegmone, ie zu vernachlässigten oder gereizten Schleimhaut-Syphiliden sich geellen.

Dieses symptomatische Fieber der Syphilitischen bietet ferner nichts lar, was es von irgend einem durch eine andere Erkrankung bedingten ymptomatischen Fieber unterscheiden würde. Es hat fast immer einen ontinuirlichen Typus, eine mässige Intensität, kurze Dauer. In 4 bis › Tagen oder, wenn es einige Male recidivirt, in höchstens 14 Tagen, st es vorüber.

§ 103. Das essentiell der syphilitischen Diathese anehörige Fieber aber ist ziemlich häufig, wenn die Krankheit ich selbst überlassen ist, selten bei Individuen, welche einer Beandlung unterworfen worden sind, so dass man sagen muss: die pecifische Behandlung sei das beste Vorbauungsmittel dagegen. Das yphilitische Fieber verläuft nicht in allen Fällen nach derselben Schalone. Es hat verschiedene Grade der Intensität, d. h. verchiedene Grade von Pulsbeschleunigung, Temperaturerhöhung, von Störung n sympathischen Nervensystem und Dauer. Ausserdem aber hat es och verschiedene Typen. Es gibt nämlich ein intermittirendes, ontinuirliches und unregelmässig auftretendes essen- iell syphilitisches Fieber.

Der intermittirende Typus ist der häufigste. Fieber dieser Art characterisiren sich durch periodisch auf einander folgende Anfälle, welche häufig täglich, und zwar meist gegen Abend oder in der Nacht auftreten, bei denen zwischen den einzelnen Paroxysmen vollkommen

fieberfreie Zeitabschnitte liegen, die aber sonst durch nichts von Fieber anfällen aus anderen Ursachen verschieden sind. Sie zeigen Tempera turerhöhung, Pulsbeschleunigung, Kopfschmerz, Uebelbefinden, Abgeschla genheit, Störungen im Bereiche des Sympathicus, etc. Vollkommen aus geprägt, sind sie den Anfällen des Wechselfiebers nicht un ähnlich, d. h. sie haben auch in typischen Fällen ihre drei deutlicl unterscheidbare Stadien, das der Hitze, Kälte und des Schweisses. E kommt dies jedoch sehr selten vor, denn meist sind sie den Wechselfieber Paroxysmen nicht gleich. Sie haben nicht immer jene drei Stadien un nicht immer deutlich geschieden und diese treten auch nicht immer in de characteristischen Reihenfolge wie bei der Intermittens auf; im Gegen theile sind Fälle von dieser Beschaffenheit seltene Ausnahmen. Meis ist statt der Kälte nur ein leichtes Frösteln bemerkbar und oft is dieses nicht das erste Glied in der Kette der Erscheinungen, welch sich nun abwickeln. Auch gibt es keine ordentlichen Schweisse bei die ser Art des syphilitischen Fiebers, sondern nur leichtes oder gar nu ein theilweises Feuchtwerden der Haut. Bleibt nur noch das Hitze stadium als das einzig deutliche und hervorstechend Symptom eines Paroxysmus des syphilitischen Fiebers von intermitti rendem Typus, während die Stadien der Kälte und der Schweisse nu eine untergeordnete Rolle spielen. Die Kranken selbst machen scho den Arzt darauf aufmerksam, indem sie nur über Hitze, nie über Fros und Schweiss klagen.

Ferner ist der Paroxysmus des syphilitischen Fiebers nicht s regelmässig wie jener des Wechselfiebers, welcher bekanntlich sowoh als Ganzes, als auch in seinen Theilen mit mathematischer Genauig keit eintritt, während, wie wir gesehen haben, beim syphilitischen Fie beranfalle einzelne Stadien fehlen oder nicht immer in derselben Tou aufeinander folgen; beim Wechselfieber gleicht ein Anfall dem anderen auf Genaueste. Das ist hier auch nicht der Fall. Heute tritt nur Hitz oder überwiegend Hitze, morgen nur Kälte oder überwiegend Kält beim Paroxysmus auf, u. s. w. Das Gewöhnlichste ist, dass der ganz Insult in einem Hitzestadium besteht, welches hie und da durch leicht Anfälle von Frösteln unterbrochen wird. Bisweilen zeigt sich mitten in Anfalle ein Stadium des Schweisses. Und dazu kommt noch, dass a einem Tage der Insult eine gewisse Intensität haben kann, am andere Tage ist die Intensität geringer. Dasselbe gilt von der Dauer der ein zelnen Anfälle; einmal kann ein solcher Anfall durch die ganze Nach

sich hindurchziehen, das andere Mal hört er schon nach wenig Stunden auf. Diese Verschiedenheit gilt nicht blos von den Anfällen verschiedener Kranken, sondern auch von den Anfällen desselben Individuums. Bekanntlich findet sich eine derartige Unregelmässigkeit beim Wechselfieber nicht.

Ausserdem gibt es aber noch zwei wesentliche Unterschiede zwischen dem Wechsel- und dem syphilitischen Fieber.

1. Das syphilitische Fieber ist ein tägliches und hat nie den bekanntlich beim Wechselfieber so häufigen Tertian- oder Quartantypus. Bisweilen, aber selten, zeigt es zwei Anfälle an einem Tage.

2. Es tritt selten bei Tag, meist Abends oder Nachts auf. Die symptomatischen Fieber bei Eiterungen, Tuberculose etc. verhalten sich mitunter ebenso; aber nie, oder fast nur ausnahmsweise beobachtet man dies beim Wechselfieber. Ueberhaupt wenn man einen Kranken vor sich hat, welcher Nachts Fieber hat, muss, wenn sonst keine Ursache bekannt ist, Verdacht auf Syphilis gehegt werden.

Die Milzschwellung, welche man bei Wechselfiebern constant findet, wird nach neueren Anschauungen auch bei einzelnen Manifestationen der Syphilis gefunden, so dass der Unterschied, welchen Fournier zwischen syphilitischem und Wechselfieber aufstellt, dass bei ersterem die Milzschwellung fehle, bei letzterem vorhanden sei, als ein nicht allgemein anerkannter hingestellt werden muss.

Die intermittirende Form des syphilitischen Fiebers ist diejenige, welche meist sehr rasch schon nach einigen Anfällen schwindet, selbst wenn sie nicht behandelt worden ist. Manchmal aber dauert sie mehrere Wochen, trotz eingeleiteter Behandlung. Andererseits muss man sagen, dass in der Regel die specifische Behandlung sehr wirksam gegen die in Rede stehende Manifestation der Diathese ist. Die einzelnen Anfälle verlieren bald unter der Einwirkung der Specifica (Mercur etc.) an Intensität und das geht so fort, bis sie zuletzt nur als blosse, vorübergehende, besonders zur Nachtszeit wahrgenommene Empfindungen von Hitze und Kälte auftreten, die endlich auch ausbleiben. Recidiven des Zustandes aber sind häufig, gleichviel, ob jetzt das Leiden durch Behandlung beseitigt wurde, oder spontan schwand.

Noch einer für die Praxis wichtigen Bemerkung sei hier Raum gegönnt, nämlich, dass das souveräne Wechselfiebermittel, Chinin, hier eine ganz untergeordnete Rolle spielt. Hier ist das eigentlich wirksame Mittel Quecksilber.

Das essentielle, durch Syphilis während der Periode der Frühformen bedingte Fieber, tritt aber auch mit einem continuirlichen Typus auf und dauert mehrere Tage. Manchmal hat es alle Tage dieselbe Intensität mit denselben Schwankungen in den verschiedenen Tageszeiten, welche man bei den Fiebern aus den verschiedensten Gründen wahrnimmt. Bisweilen aber bemerkt man, dass es doch an einzelnen Tagen exacerbirt. Im ersteren Falle hat man eine febris syphilitica continua simplex, im letzteren eine febris syphilitica continua remittens vor sich.

Diese beiden Arten sind häufiger, als die im Vorhergehenden geschilderte, gehören aber auch nicht zu den gerade alltäglichen Erscheinungen. Sie sind dem synochalen Fieber ähnlich und von demselben mitunter schwer zu unterscheiden.

Die merkwürdigste Eigenheit dieses Zustandes ist seine Dauer, welche wenige Tage oder Wochen, selten 1—2 Monate beträgt. Ja es kann auch vorkommen, dass ein Kranker durch mehrere Wochen nur in Folge blosser Fieberzufälle (ohne jede andere Nebenerscheinung), die durch Syphilis bedingt sind, ans Bett gefesselt wird, so dass man an Rheumatismus, Typhus oder Typhoid denken könnte - Verwechslungen, die auch häufig vorkommen, wenn man nicht weiss, dass auch die Syphilis allein im Stande ist, eine derartige Erscheinung hervorzurufen.

Endlich tritt das syphilitische Fieber auch ohne regelmässigen Typus auf. Nämlich:

Anfangs kommen einzelne Fieberanfälle, welche einem continuirlichen Fieber Platz machen; auch findet (jedoch viel seltener) das Umgekehrte statt. Oder es wechselt der intermittirende mit dem continuirlichen Typus. Manchmal treten einzelne Fieberanfälle von ungleicher Dauer und Intensität nach ungleich langen fieberfreien Intervallen auf, etc.

Die Symptome des essentiellen syphilitischen Fiebers bestehen, wie bei jedem anderen Fieber, in Pulsbeschleunigung, Temperaturerhöhung, mehr oder weniger allgemeinem Uebelbefinden, sympathischen Störungen einzelner Functionen des Organismus.

Die Pulsbeschleunigung und Temperaturerhöhung erreichen keine das Mittelmass bedeutend überragende Höhe. Der Puls steigt selten höher als 96 - 110. Die Temperatur der Achselhöhle schwankt zwischen 37°.5 und 38°.5. Man muss also das Fieber von diesem Standpunkte aus als ein mässiges betrachten. Aber bisweilen erreicht das hier in Rede stehende Fieber schon höhere Grade, wie wir sie nur

bei der Entzündung eines lebenswichtigen Organs oder bei einer Pyrexie wahrnehmen. Indess besteht doch immer ein wesentlicher Unterschied zwischen einem solchen entzündlichen und dem syphilitischen Fieber. Das Gesicht, beim gewöhnlichen Fieber während des Anfalles injicirt und etwas gedunsen, ist beim syphilitischen Fieber blass und schlaff. Bei jenem ist der Puls voll und kräftig, bei diesem erreicht er kaum mittlere Intensität, meistens aber ist er schwach, weich und zusammendrückbar. Oft ist er sogar sehr klein. Dann gibt es zwischen beiden noch einen Unterschied, der als eine Eigenthümlichkeit des syphilitischen Fiebers schon Erwähnung fand, nämlich: während des Hitzestadiums zeigen sich beim syphilitischen Fieber Frösteln und Schauer mit oder ohne Kälte der Extremitäten, Schweissausbrüche, die entweder den ganzen Körper oder nur die Extremitäten befallen.

Allgemeines Uebelbefinden ist auch beim syphilitischen Fieber scharf ausgeprägt. Man beobachtet Mattigkeit, Abgeschlagenheit, Schwäche, Kopfschmerz etc. Bisweilen aber sind diese Erscheinungen in einem minder hohen Grade wahrzunehmen, als es die gesteigerte Pulsfrequenz und die Temperaturerhöhung von vornherein vermuthen liessen, ja es besteht mitunter ein auffälliger Gegensatz zwischen diesen zwei Gruppen von Symptomen.

Die sympathischen anderweitigen Störungen sind: gastrische Erscheinungen, verfärbte Zunge, Verringerung des Appetites oder gar vollständige Appetitlosigkeit, Verminderung der Anzahl der Entleerungen oder selbst Stuhlverstopfung, mannigfaltige Nervenstörungen, bei den verschiedenen Individuen verschieden, als: Schlaflosigkeit, unbestimmte Schmerzen, Reizbarkeit, Schwäche, Wallungen etc. Doch sind alle diese Symptome, besonders die gastrischen, manchmal nur wenig deutlich und mitunter fast null. Die Zunge bleibt normal, ist feucht, nicht belegt, der Appetit vermindert sich nicht, ja mitunter ist er gar vermehrt. Noch mehr! Da in Folge von Syphilis während der Periode der Frühformen auch Erkrankungen in den Eingeweiden auftreten können, da als ein Symptom einer gewissen Gruppe dieser Erkrankungen Bulimie beobachtet wird, da ferner die einzelnen Manifestationen der Syphilis (z. B. eine Neurose und ein Exanthem) gleichzeitig miteinander vorkommen können, so kann man an einem syphilitischen Individuum zuweilen die seltsame Wahrnehmung machen, welche eben nur bei dieser Diathese möglich ist, dass ein Patient heftig fiebert und trotzdem von einer Gefrässigkeit befallen ist, wie sie z. B. bei Diabetes beobachtet wird.

Weil das syphilitische Fieber in einer Periode des Bestehens der Diathese auftritt, in welcher auch sonst zahlreiche anderweitige Manifestationen der Syphilis wahrgenommen werden, ist es kein Wunder, wenn Combinationen desselben mit diesen zur Beobachtung kommen, und es ist dem Einflusse der letzteren auch die Mannigfaltigkeit in der äusseren Erscheinung des essentiellen syphilitischen Fiebers zuzuschreiben. Andererseits aber liegt darin auch die Schwierigkeit der Diagnose und die Leichtigkeit der Verwechslung mit anderen Zuständen. Sind z. B. gleichzeitig die früher erwähnten rheumatoiden Erscheinungen syphilitischen Ursprungs vorhanden, so kann das syphilitische Fieber ein rheumatoides oder einen ganz gewöhnlichen Rheumatismus vortäuschen.

Mitunter geschieht es, dass die mannigfachsten, im Früheren erwähnten, in der Dyscrasie begründeten krankhaften Nervenerscheinungen: Schwäche, Vergehen der Sinne, Kopfschmerz, Schwindel, Ohrensausen, gastrische Erscheinungen, erhöhte Temperatur- und Pulsfrequenz etc., welche sonst mehr oder weniger isolirt vorkommen, zufällig gleichzeitig auftreten und jene bereits erörterte Asthenia syphiliticorum in marcantem Grade sich hinzugesellt. Kommt dann noch zu diesen Symptomen ein scharf ausgeprägtes, essentielles syphilitisches Fieber und dauert dieser Zustand gar längere Zeit, so wird man leicht den Irrthum begehen, das Leiden für einen Typhus zu halten. Dieser Zustand scheint sehr gefährlich zu sein, endet aber immer in Genesung. Auch über dieselbe hinaus kann die Aehnlichkeit mit dem adynamischen Processe noch durch eine auffällige, ziemlich lange andauernde Kraftlosigkeit, durch schwächere oder stärkere, aber immer merkbare Erschütterung der Oeconomie des Organismus, welche dem syphilitischen Fieber der in Rede stehenden Art folgt, unterhalten werden.

Aber als Regel muss es gelten, dass man sich bei jedem Fieber eines Syphilitischen zuerst frägt: Ist der vorliegende Zustand wohl die Folge einer intercurrenten Krankheit in individuo syphilitico? Diese Frage wird nur per exclusionem nach genauem Krankenexamen beantwortet werden können. Dann erst macht man sich an die nicht minder schwierige Beantwortung der Frage: Hängt das Fieber des fraglichen syphilitischen Individuums mit der Diathese zusammen? Zu dem Behufe wird man zuerst zu untersuchen haben, in welchem Stadium der Entwicklung der Dyscrasie sich der Kranke befinde, ob er bei jenem angelangt ist, in welchem sich das syphilitische Fieber zu entwickeln pflegt und ob dieses Fieber überhaupt die erörterten Eigenschaften hat, um es als

Symptom der hier abgehandelten Allgemeinerkrankung gelten zu lassen. Nur auf diese Weise wird man eine solide Grundlage für die directe Diagnose gewinnen.

Mit besonderen Schwierigkeiten dürfte es verbunden sein, das syphilitische Fieber mit continuirlichem Typus nicht mit anderen ähnlichen Leiden zu verwechseln, denn dieses könnte möglicherweise ein synochales Fieber, einen typhösen Process, einen Rheumatismus vortäuschen.

Das synochale Fieber ist jenem Zustande am ähnlichsten und kann nur durch die gewöhnlich schärfer ausgeprägten gastrischen Erscheinungen unterschieden werden. Die Zunge ist beim synochalen Fieber meist stark belegt, weiss und die Saburra hochgradiger. Es besteht Appetitlosigkeit oder gar Ekel vor Speisen, ein bitterer Geschmack im Munde, Brechneigung oder Erbrechen etc. Sind aber diese Erscheinungen weniger deutlich, dann ist die Differential-Diagnose sehr schwer.

Verwechslungen des syphilitischen Fiebers mit dem typhösen sind, wie schon angedeutet, sehr leicht möglich. Umgekehrt, dass ein typhöses Fieber für ein syphilitisches gehalten werden würde, dürfte kaum vorkommen. Eine genaue Analyse der Krankheitserscheinungen wird bald alle Zweifel und Täuschungen beseitigen. Nie wird man beim syphilitischen Fieber jene charakteristischen Zeichen des Typhus finden, als: die Epistaxis, den Stupor, die Diarrhöe, das Gurren, den Meteorismus, die fuligo narium, bronchiales Rasseln, das bekannte Exanthem, etc.

Auch mit dem Rheumatismus oder dem rheumatischen Fieber kann, wie gleichfalls bereits erwähnt, das syphilitische verwechselt werden, wenn gleichzeitig mit ihm durch die Diathese bedingte, im Früheren geschilderte Erkrankungen in den Gelenken und ihrer Umgebung auftreten. Man wird da behufs der Diagnose zunächst festzustellen haben, ob diese Erkrankungen und das Fieber blos so zufällig nebeneinander, allerdings durch dieselbe Ursache veranlasst, vorkommen, oder ob sie in einem Causalnexus stehen; ob das Individuum, welches man untersucht, zu Rheumatismus disponirt ist oder sich Einflüssen, welche Rheumatismus erzeugen, ausgesetzt hat; ob die Symptome syphilitischer Arthropathie oder die des Rheumatismus vulgaris vorhanden sind; ob nicht ausser den Gelenksleiden Erkrankungen derselben Kategorie, aber evident syphilitischer Natur, vorhanden sind (z. B. Periostitiden, Periostosen, Sehnenentzündungen etc.) Wenn das Alles erwogen wird, kann sich die Diagnose leicht und exact stellen lassen. Manchmal aber wird sie

unentschieden bleiben müssen, sobald eben die aufgezählten Anhalt punkte fehlen.

Besteht das syphilitische Fieber nur in einigen Anfällen von g ringerer Intensität, dann ist es von keiner Bedeutung. Zieht es s: aber, besonders mit continuirlichem Typus, einige Zeit hin, dann I dingt es mehr oder weniger ernste Störungen in der Ernährun deren Wichtigkeit der Dauer des Processes proportionirt ist. I Kranken verfallen in Folge dessen in Anämie, allgemeine Atonie, welc nur mit Mühe beseitigt werden können. Mehrere Wochen bleiben s in solchen Fällen blass, schwach und kraftlos, wie wenn sie bedeuten Blutverluste erlitten oder eine schwere Krankheit überstanden hätte

Ja, in seinen ernsteren Formen birgt das syphilitische Fieb auch noch insofern eine schlechte Prognose, als es einerseits signalisir dass die Syphilis des betreffenden Kranken, der es seinen Ursprun verdankt, schon an und für sich eine maligne ist und durch Deteriori rung des befallenen Organismus eignet es denselben gewissermassen fü die Entwicklung solcher, zu den allergefährlichsten zählenden Manife stationen. Aus diesem zweifachen Grunde, wegen dieses circulus vitio sus verdient es die Aufmerksamkeit des Arztes in hohem Grade.

Was die Behandlung anlangt, ist schon darauf hingewiesen worden die wirksamste Therapie gegen das im Vorhergehenden geschil derte Leiden bestehe in der Anwendung des Mercur mit ode ohne gleichzeitigen Gebrauch des Jodkali, und die soge nannten Febrifuga sind da vollkommen wirkungslos. Die Erfahrun hat ferner gelehrt, dass der intermittirende Typus leichter durch Mercu zu beseitigen ist, als der continuirliche. Gegen diesen wird man nu durch grosse Dosen, durch das Zwei- bis Dreifache der Quantität, di man sonst verabreicht, etwas ausrichten. Man überzeugt sich weiters dass gegen alle Voraussetzung das Quecksilber interne auch bei volle Entfaltung des Fiebers vertragen wird. Nur in jenen wenigen Fällen in welchen die gastrischen Störungen, die es veranlasst, denn doch zu bedenklich wären, halte man sich an die Einreibungen.

VII. CAPITEL.

Anomalien im splanchnischen Systeme während der Periode der Frühformen der Syphilis.

§ 104. Es ist nun noch der Einfluss der Syphilis auf die Respiration und Circulation, auf die Digestion und Menstruation zu erörtern.

Der Respirations-Apparat ist im Verlaufe der secundären Syphilis nur wenig ergriffen. Man bemerkt höchstens als vorübergehende Folge der Diathese etwas Dyspnöe, über welche die Kranken klagen. Sie tritt in nicht fixen, häufig abendlichen, selten besonders intensiven, meist nur kurze Zeit dauernden Anfällen auf. Es ist das eine sogenannte Erkrankung sine materia, weil man in keinem Organe irgend etwas Pathologisches nachweisen kann, das dieser Erscheinung zu Grunde läge. Man hat die Ursache dieser Dyspnöe auch in dem chloranämischen Zustande der Kranken oder in einem mit Schmerz verbundenen, bereits früher besprochenen Hindernisse der freien Ausdehnung des Thorax, als: in einer Pleurodynie, Sternalgie, Epigastralgie, Ostealgie, Periostitis oder Periostose der Rippen gesucht. Wie gesagt, manchmal findet man keine palpable Ursache und man ist geneigt, die Erscheinung als eine rein dynamische auf irgend einen Grund, der im Nervensysteme sitzt, zurückzuführen.

§ 105. Weit zahlreicher sind die krankhaften Veränderungen der Circulation, welche die Syphilis bedingt. Einige sind anlässlich der Erörterung der durch die Diathese bedingten Chloranämie, des Fiebers, der Algidität schon abgehandelt worden. Andere erheischen jedoch eine besondere Besprechung.

Man findet sehr häufig bei syphilitischen Weibern während der Periode der Frühformen Palpitationen. Diese bestehen in momentanen Beschleunigungen der Zusammenziehung des Herzmuskels, verbunden mit dem Gefühle eines Anpralles von ungewöhnlicher Intensität an die vordere Brustwand, mit einem eigenartigen Unwohlsein, Präcordialangst mit dem Gefühle der Erstickung, Lufthunger, Athemnoth u. s. w. Diese Palpitationen sind intermittirend und unregelmässig in ihrem Auftreten, welches in Anfällen erfolgt. Die einzelnen Anfälle dauern einige Secunden oder Minuten und wiederholen sich mehr oder weniger häufig. Bald sind welche hervorgerufen durch Bewegungen, durch Gehen, durch plötzliche Lageveränderungen oder Stellungswechsel, durch Stiegensteigen, psychischen Einfluss u. s. w.; bald treten sie ohne Ursache auf, in der Ruhe, im Bette, während des Schlafes. Manchmal beobachtet man sie bei Tage, mitunter bei Nacht, bisweilen vorzugsweise bei Nacht. Vergebens sucht man eine Erkrankung in dem Organe als die Ursache dieser Störungen; Klappen und Ostia sind in Ordnung; man hört kein Nonnengeräusch, überhaupt kein Geräusch in den Gefässen oder im Herzen; nichts ist wahrzunehmen, was auf eine Verminderung der rothen Blutkörperchen schliessen liesse; auch gibt endlich die Anamnese keine Anhaltspunkte. Man erfährt immer, dass erst während der Periode der Frühformen diese Erscheinungen aufgetreten sind. Daraus ergibt sich: 1. Diese Palpitationen sind rein dynamischer Natur; 2. sie hängen nicht mit Anämie zusammen; 3. sie sind lediglich auf die Diathese zu beziehen und sind eine von jenen Erscheinungen, die man in ihrer Gesammtheit mit dem Namen constitutionelle Syphilis bezeichnet. Das Letztere wird durch Folgendes erhärtet: 1. Die Palpitationen sind fast immer mit anderen entschieden syphilitischen Erscheinungen gleichzeitig; 2. wenn neue Manifestationen anderer Art auftreten, wiederholen sie sich zuweilen; 3. die Palpitationen dauern nur eine bestimmte Zeit, wie überhaupt alle Erscheinungen der Syphilis; 4. sie nehmen ab unter dem Einflusse einer anti-syphilitischen Behandlung; 5. schwinden sie spurlos.

Untersuchungen mit dem Sphygmographen in hier einschlägigen Fällen gemacht, haben gelehrt: 1. dass die Syphilis ausser den durch die Anämie gesetzten, noch anderweitige Störungen im Circulations-Apparat veranlasst, welche der Sphygmograph im Radialpulse deutlich nachweist; der Puls, welcher früher normal war, kann während der Periode der Frühformen sehr unregelmässig werden; 2. diese Unregel-

mässigkeiten sind nur temporär; 3. sie sind intermittirend; heute ist der Puls normal, morgen unregelmässig u. s. w.; diese Veränderungen können sich an Einem Tage vollziehen, aber ihr Auftreten kann längere Zeit, sowohl was die einzelnen Anfälle, als auch was die Gesammtheit der Anfälle betrifft, in Anspruch nehmen; 4. manchmal haben die Kranken ein abnormes Gefühl in Folge dieser Störungen; manchmal haben sie keine Ahnung von denselben. Weder die Zeit des Auftretens dieser Abweichungen von der Norm, noch ihre Dauer hat etwas Fixes. Sie sind passager und combiniren sich, wie bereits gesagt, entweder mit mehr oder weniger heftigen anderweitigen Proruptionen der Dyscrasie oder vorzugsweise mit Nervenerscheinungen, welche die Syphilis veranlasst. Aber nur der Sphygmograph gibt genauen Aufschluss über die hierher gehörigen Veränderungen; durch denselben erfährt man die relative Dauer der einzelnen Pulsschläge und den Rhythmus. Diesbezügliche Untersuchungen haben ergeben, dass man zumeist ungleiche, aufeinanderfolgende Pulsschläge beobachtet; die einen sind lang, die anderen kurz. Diese können auch in der Weise aufeinanderfolgen, dass erst mehrere lang dauernde hintereinander kommen und dann mehrere kurz dauernde, wobei die Anzahl der langen eben so gross wie die Anzahl der kurzen sein kann oder nicht, und wobei immer dieselbe oder eine ungleiche Anzahl langer und kurzer (zusammengenommen) beobachtet wird. Ferner hat man wahrgenommen, dass Pulsschläge von sehr grosser Elongation neben solchen von ungemein kleiner vorkommen. Auch sogenannte unvollkommene Pulsschläge und nebenbei noch manche andere Unregelmässigkeiten zeigen sich. Diese Veränderungen im Pulse sind natürlich nicht verschieden von ähnlichen Veränderungen, welche bei anderen Krankheiten, z. B. Neurosen, Cachexien und dergleichen auftreten. Insbesondere sind es die Cachexien, welche entweder passager und heilbar oder auch persistirend und zum Tode führend sein können und bedeutende Alterationen im Pulse nach sich ziehen. — Nun ist es notorisch, dass die Syphilis gleichfalls zu solchen Cachexien führt, wohl selbst in ein Krankheitsgenus mit den Cachexien gehört, und daraus ergibt sich, dass die Syphilis solche Unregelmässigkeiten im Pulse verursachen kann.

Ausserdem aber, dass die Dyscrasie an und für sich diese Erscheinungen veranlasst, können dieselben noch durch andere Manifestationen, die gleichfalls syphilitischen Ursprunges sind, indirect hervorgerufen werden. — Als Ursache dieser Veränderungen im Pulse müssen Ano-

malien in der Thätigkeit des Herzens angesehen werden. sind rein dynamischer Natur und beziehen sich wahrscheinlich den Nerveneinfluss, dem das Herz unterworfen ist. Es wird das zur nüge erwiesen durch die Vergänglichkeit dieser Störungen, durch Geneigtheit zur Recidive, durch ihr Verschwinden, ohne dass Spu ihres Vorhandengewesenseins zurückbleiben, durch ihr häufiges glei zeitiges Auftreten mit anderen Nervenerscheinungen, durch, dass sie häufiger beim Weibe, als beim Manne beobachtet w den, u. s. w.

Ihr Auftreten manchmal schon während der ersten Epoche Periode der Frühformen aber beweist, dass der Einfluss der Diath sich schon um diese Zeit auf die tiefliegenden Syste erstreckt, während man ehedem, wie bereits erwähnt, glaubte, dass einer so frühen Periode der Dyscrasie nur die Haut und die Schle häute der Sitz von Manifestationen der Krankheit wären.

§ 106. Auch der Verdauungstract ist in Folge von Sy lis häufig ergriffen. Die diesbezüglichen Erscheinungen sind bei versc denen Kranken in Bezug auf Intensität und auf Wichtigkeit der krankung sehr verschieden, und es besteht hinsichtlich dessen kein sammenhang mit der Intensität anderer Manifestationen, die an betreffenden Individuum wahrgenommen werden. Der Diathese aber v immerhin durch das in Folgendem zu Erörternde eine nicht zu lä nende Malignität verliehen. Die häufigste von den hieher gehörigen scheinungen ist die Verminderung des Appetites; die Zunge von diesem Zustande ergriffenen Kranken zeigt keineswegs ein Ausse wie bei Saburra. Im Gegentheile, sie kann rein und feucht sein, nur einen leichten graulichen Beleg haben. Der Zustand besteht m oder weniger lange Zeit, im Mittel einige Wochen, dann kehrt A wieder zur Norm zurück. Aber es können häufig Recidiven auftre entweder gleichzeitig mit Eruptionen oder mit durch die Diathese anlassten Schmerzen, Nervenzufällen, schliesslich auch ohne dergleicl

Bisweilen geschieht es, dass der Appetit vollständig aufgehc wird, besonders dann, wenn in Folge der Diathese eine Asthenie allen Organen, eine gewisse Atonie aufgetreten ist. Solche Kranke ha einen Abscheu gegen jede Nahrung. Ein derartiger Zustand wird greiflicherweise für bedeutende Störungen in den Verrichtungen der gane des Eingeweide-Systems sprechen und hat zweifellos seinen eig

lichen Grund im Nervensystem, denn er ist jener Anorexie, welche man bei anderen Neurosen, besonders bei der Hysterie bemerkt, ähnlich.

Diese zwei Erscheinungen, die Verminderung und gänzliche Aufhebung der Esslust, sind für den Arzt eine Quelle von Verlegenheiten; denn welches Medicament soll man den Kranken geben, die jedwede Nahrung verschmähen? Die Patienten werden blass, schwach, mager, und unter solchen Umständen verdoppelt sich der maligne Einfluss der Diathese. Gibt man in diesen Fällen Mercur innerlich, so steigert man die gastrischen Zustände. Man verwendet also da Einreibungen, subcutane Injectionen, Jodclistiere, bittere Mittel, Pepsin u. s. w. Mit Ausnahme der Einreibungen ist fast Alles wirkungslos, und man wird sich deshalb nicht so sehr auf die Wirkung der Medicamente verlassen, als vielmehr darauf dringen, dass eine Aenderung der Lebensweise, der Gewohnheiten, des Mediums, in welchem der Kranke existirt, der Hygiene u. s. w. platzgreife. Das Wirksamste, um den Appetit zu heben, besteht in Bewegungen, Turnen, Landaufenthalt, Aufenthalt an der Seeküste, Knetungen, kalten Douchen, in äusserlich angewendeten Stimulantien u. s. w. Diese Behandlung sollte immer einer anti-syphilitischen Therapie vorhergehen, denn sie ist nicht ohne Einfluss auf die Verdauung und bereitet passend zum späteren Gebrauche der Anti-Syphilitica vor.

Eine andere Erscheinung, welche die Syphilis bezüglich der Digestions-Organe hervorruft, besteht in einer zeitweiligen Steigerung des Appetits; ja zuweilen kommt es sogar zu einer wahrhaften Bulimie. Diese Erscheinung zeigt sich in den verschiedensten Epochen der Periode der Frühformen, besonders in den ersten Monaten, bisweilen schon im Anfange dieser Periode gleichzeitig mit den ersten Anzeichen von Allgemeinerkrankung. Sie findet sich häufiger beim Weibe als beim Manne, ist aber auch beim Weibe ziemlich selten. Was das männliche Geschlecht anlangt, so beobachtet man sie bei Individuen mit lymphathischer, zarter Constitution, oder bei solchen mit gesteigerter Nervenerregbarkeit. Sie tritt besonders in jenen Fällen auf, die sich durch Mannigfaltigkeit und überwiegend nervösen Charakter der Erscheinungen auszeichnen. Ihr einziges Symptom besteht in der Steigerung des Appetits bis zu einem enormen Grade, bisweilen auch in Vermehrung des Durstes, und consecutiv kommt es dann zu gastrischen und Intestinal-Erkrankungen. Diese Steigerung tritt rasch auf, von heute auf morgen. Sie hat verschiedene Grade. Manchmal ist sie so geringfügig, dass sie der Aufmerksamkeit entgeht oder wenigstens nicht als etwas besonders

Krankhaftes angesehen wird. Mitunter aber wird der Hunger selbst für die Kranken beunruhigend und sie beklagen sich darüber beim Arzte, der natürlich erst dann von diesem Zustande erfährt. Die Kranken verzehren mit Leichtigkeit innerhalb 24 Stunden das Dreifache bis Vierfache von dem, was gewöhnlich für einen erwachsenen Menschen für diese Zeit ausreicht. Sie essen nicht blos bei den Mahlzeiten, sondern auch reichlich zwischen den Mahlzeiten und während der Nacht. Nachdem sie eben ausgiebig gefrühstückt oder zu Mittag gespeist haben, könnten sie sich sofort wieder zu Tisch setzen. Kurz, von einem Ende des Tages bis zum anderen sind sie von einem unersättlichen Hunger gequält. Bisweilen, aber selten, wird die Bulimie so excessiv, dass man sie mit demselben Zustande beim Diabetes vergleichen kann. Wie bereits erwähnt, leiden solche Kranke häufig auch gleichzeitig an einer lebhaften Steigerung des Durstes; aber es besteht kein Verhältnis bezüglich der Intensität zwischen diesen beiden Erscheinungen. Immer überwiegt die Bulimie, und die Polydipsie scheint nur eine Consequenz in Folge der vermehrten Zufuhr fester Nahrungsmittel, besonders von Amylaceen, zu sein. Jedenfalls aber ist die Polydipsie immer von untergeordneter Bedeutung. Sehr selten kommt Polydipsie allein ohne gleichzeitige Bulimie vor. — Ausdrücklich muss erwähnt werden, dass im Urine solcher Kranker kein Zucker nachweisbar ist. Man sollte nun glauben, dass unbedingt auf diese gesteigerte Nahrungseinnahme gastrische und Darmerkrankungen folgen müssen. Das ist jedoch nicht immer der Fall. Bisweilen, besonders dann, wenn der Zustand sich in die Länge zieht, treten solche Erscheinungen auf. Sie bestehen, was den Magen anlangt, in Schmerz, Blähung, Magenkrampf, Magendrücken, Koliken, Dyspepsie, Säure, Aufstossen, träger Verdauung und Verdauungsstörung, Ekel, Brechneigung und Erbrechen; was den Darm anlangt, in Kollern, häufigen Koliken, Winden, Darmschmerz und besonders in Diarrhöen. Am häufigsten sind die Dyspepsie, das Erbrechen und namentlich die Diarrhöen, und das ist begreiflich, weil die übergrosse Menge der verschlungenen Nahrungsmittel ununterbrochen Indigestionen veranlasst, und man weiss überhaupt, dass die Bulimie was immer für einen Ursprunges die Ursache von mehr oder weniger häufigen und besonders hartnäckigen Diarrhöeen ist. Vergebens wendet man oft alle Mittel gegen dieselben an: sie verschwinden nur, um wiederzukehren. Nur wenn der Appetit abnimmt, wenn die Kranken weniger Nahrung zu sich nehmen, dann nehmen sie auch ab. Man sollte also glauben, wenn man die Nahrung

restringirt, so wird man der Diarrhöe Grenzen setzen; aber das geht nicht so leicht. Der Appetit ist so krankhaft gesteigert, dass man seinen ungewöhnlichen Forderungen nachgeben muss.

Zu dieser Diarrhöe kommen dann sehr oft Koliken und Bauchschmerzen, welche die Kranken ziemlich belästigen, auch wenn sie noch so geringfügig sind. Nur selten tritt zu diesen Erscheinungen auch noch Enterorrhagie hinzu. Es wird schon aus dem Vorhergehenden klar geworden sein, dass die Patienten von dieser übermässigen Nahrungszufuhr keinen Nutzen ziehen. Sie nehmen nicht zu, trotz der Massen, die sie essen. Dies wird um so weniger der Fall sein, wenn zu der Bulimie Fieber sich gesellt, was nach dem oben schon Erwähnten merkwürdigerweise nicht selten geschieht. Ja, es tritt die Bulimie, von dem Fieber abgesehen, auch noch mit anderen, durch die Syphilis veranlassten Erscheinungen, von denen man a priori glauben sollte, dass sie eine Verminderung des Appetites nach sich ziehen, gleichzeitig auf. Diese sind: ein scharf ausgeprägter Zustand von Uebelbefinden, eine sehr tiefgreifende Asthenie, welche jenem Darniederliegen der Kräfte, wie es bei schweren Fiebern beobachtet wird, gleichkommt; mannigfache und peinvolle Schmerzen; eine fast ununterbrochene Schlaflosigkeit; profuse Schweisse; periphere Algidität; mannigfache Nervenerscheinungen und tiefgreifende Störungen in den wichtigsten Functionen des Organismus; schwacher, kleiner Puls u. s. w. — In solchen Fällen ist begreiflicherweise der gleichmässig fortbestehende oder gar noch gesteigerte Appetit gleichfalls ein krankhaftes Symptom. Dass er neben den aufgezählten anderen Erscheinungen vorkommt, braucht nicht Wunder zu nehmen. Das Originelle an der Sache ist die Aehnlichkeit dieses krankhaften mit einem sonst nur im Normalen wahrnehmbaren Zustande.

Die Dauer dieser Erscheinung ist sehr verschieden; sie beträgt gewöhnlich 10—12 Tage, manchmal mehrere Wochen, oder mit Exacerbationen und Remissionen des Zustandes mehrere Monate, ja noch längere Zeit, wenn man auf die Recidiven Rücksicht nimmt.

Weil die Bulimie in der Regel in kurzer Zeit verschwindet, so ist sie als eine keineswegs gefährliche Erscheinung aufzufassen, aber gleichgiltig ist sie natürlich nicht, wegen ihrer obenerwähnten Folgezustände, die sie im Magen und Darmcanal hervorruft. Dann ist zu bemerken, dass sie fast nur bei jener Form von Syphilis auftritt, welche überhaupt zu Nervenerscheinungen führt, Erscheinungen, die dann schon

an und für sich ziemlich ernster, häufig gefährlicher Natur oder wenigstens schmerzhaft und oft wiederkehrend sind.

Was die Therapie anlangt, so wird begreiflicherweise die antisyphilitische Behandlung, aber eine viel energischere, als die sonst übliche, die einzig zu empfehlende sein. Versuchen kann man daneben das Opium, Brom, Antispasmodica überhaupt, Hydrotherapie, Douchen, Schwefelbäder u. s. w. Die Consecutiv-Zustände dieser Erscheinungen werden natürlich nicht früher zu beseitigen sein, als bis ihre Ursache aufgehoben ist. Was man gegen jene thun kann, besteht darin, dass man eine rein palliative Behandlung einleitet.

Es ist nun noch darzulegen, dass der geschilderte Zustand syphilitischen Ursprunges ist, und die Beweise hiefür sind theils negative, theils positive. Zu den ersteren gehört, dass diese ungewöhnliche Steigerung des Appetites bei Kranken beobachtet wurde, welche früher ein intactes Nervensystem hatten, bei denen kein Umstand auf eine frühere latente Hysterie schliessen liess; ferner waren an ihnen keine Chlorosis, kein Diabetes, keine Würmer beobachtet worden; denn die Wurmmittel, welche zur Erforschung, ob Würmer vorhanden seien, in den Fällen verabreicht wurden, deren Abstraction die eben gelieferte Darstellung der Bulimia syphilitica ist, hatten keinen Erfolg; weder gingen Würmer ab, noch verminderte sich die Bulimie bei den betreffenden Kranken. — Eine genaue Erwägung der Verhältnisse hat auch ergeben, dass dieser Zustand keinem medicamentösen oder toxischen Einflusse zuzuschreiben sei. Individuen, welche früher Reizmittel bekommen hatten und darauf von Bulimie befallen worden waren, wurden diese Mittel entzogen, und die Bulimie bestand fort. Es wurde ferner erhoben, dass keine individuelle Ursache, keine Idiosyncrasie dem Leiden zu Grunde liege; mit einem Worte, die Erscheinung konnte auf keinen pathologischen Grund zurückgeführt werden. Es bleibt somit nichts übrig, als, da die befallenen Individuen syphilitisch waren, die Syphilis als Ursache der enormen Steigerung des Appetites anzusehen. — Die positiven Beweise, dass die Bulimie mit der Diathese im Zusammenhange steht, wurden bereits früher bei der Abhandlung über andere Erscheinungen derselben Categorie citirt. Die in Rede stehende zeigte sich häufig bei Syphilitischen, was doch nicht lediglich ein Werk des Zufalles sein kann; ferner ist sie immer bei Syphilitischen unter denselben Bedingungen wahrnehmbar, nämlich immer in der Periode der Frühformen und fast immer in den ersten Monaten derselben, oft im Beginne derselben und mit

den ersten wahrnehmbaren allgemeinen Erscheinungen, wie das bereits auseinandergesetzt worden ist. Auch das kann kein Werk des Zufalles sein. Ferner treten diese Erscheinungen, wie gleichfalls oben erörtert wurde, zur selben Zeit auf, zu welcher auch andere syphilitische Manifestationen, die besonders das Nervensystem betreffen, beobachtet werden. Wenn nun mehrere gleichartige Erscheinungen gleichzeitig an einem Individuum auftreten, so ist es doch logisch, sie alle auf eine Ursache, im Vorliegenden die Syphilis, zurückzuführen. Schliesslich nimmt die Bulimie denselben Verlauf wie die anderen gleichzeitigen Manifestationen der Diathese und ist überhaupt von der allgemeinen Entwicklung der letzteren abhängig.

Was die Pathogenie und eine genaue Localisation dieses Symptomes anlangt, lässt sich nur hypothetisch annehmen, dass der Grund dieser Erscheinungen weit eher seinen Sitz im Nervensystem, als im Magen habe, dass man nach dem gegenwärtigen Stande unseres Wissens die syphilitische Bulimie für eine Neurose halten müsse, und dass sie besonders unter dieser Bedingung sich vollkommen jenen mannigfaltigen Nervenstörungen anreiht, welche die Syphilis namentlich beim Weibe während der Periode der Frühfornen hervorruft.

Von den Erscheinungen, welche die Syphilis im Magen- und Darmtractus veranlasst und die sich an die Bulimie anreihen, sind noch die dyspeptischen oder gastrischen Zustände zu erwähnen. Sie sind ziemlich häufig bei den Weibern in den ersten Jahren der Syphilis und werden zum Theil durch den chloranämischen Zustand, durch Asthenie sämmtlicher Körperverrichtungen, welche die Syphilis insbesondere in den Organen des vegetativen Systems hervorruft, begünstigt, und durch die natürliche Anlage der Frauen, namentlich der jungen Frauen, zu Neurosen des Magens gesteigert. — Ferner gehört hieher: das häufige Erbrechen, das sich nach kürzerem oder längerem Zeitraume mit ziemlicher Hartnäckigkeit wiederholt. Man sieht die Kranken, besonders diejenigen, welche eine auffällige Depression, eine Adynamie in Folge von Syphilis erlitten haben, fort und fort ohne bemerkbare Ursache erbrechen. Sie mögen essen und trinken, was sie wollen, sie erbrechen es; der Magen kann nichts verdauen und nichts behalten, wahrscheinlich in Folge von Asthenie. Dieser Zustand trotzt oft jeder Therapie hartnäckig und besteht bisweilen mehrere Wochen. Was die Pathogenie anlangt, so lässt sich dieser Zustand ganz deutlich auf die Syphilis zurückführen, sei es dadurch, dass die Kranken früher schon

von ähnlichen evident syphilitischen Manifestationen befallen wurden, oder dass sie mit demselben gleichzeitig auftreten. Manchmal könnte man glauben, dass die angewendeten Medicamente dieses Leiden herbeiführen, aber man beobachtet es auch bei Patienten, welche noch keiner, z. B. mercuriellen, Behandlung unterworfen worden waren.

§ 107. Die Erscheinungen, welche die Syphilis während der Periode der Frühformen in den Eingeweiden hervorruft, bestehen zunächst in Enteralgie, in gewissen mehr oder weniger lebhaften, andauernden Bauchschmerzen, welche in Form von Koliken anfallsweise auftreten, oft den Schlaf stören und sich mit Brechneigung oder Erbrechen vergesellschaften.

Es fragt sich nun, wo ist der Grund dieser Schmerzen zu suchen? Bei genauer Prüfung der Verhältnisse findet man, dass keine Gelegenheitsursache, z. B. ein Diätfehler, eine Erkältung u. s. w. eingewirkt hat, und wenn man den ganzen Unterleib genau untersucht, kann man nichts Krankhaftes entdecken. Die Leber ist normal und schmerzlos; die Milz ist nicht vergrössert; der Uterus und seine Adnexe bieten nichts Abnormes; die Muskeln der Bauchwände können nicht inculpirt werden; man hat es mit keiner gewöhnlichen Neuralgie zu thun; das Peritonäum ist nicht in gereiztem Zustande. Es bleibt somit nichts Anderes übrig, als dass man per exclusionem die Eingeweide als Sitz der Schmerzen annimmt. Berechtigt wird man zu dieser Annahme durch die Natur der Schmerzen, welche sich als tiefsitzende, intermittirende, kolikartige kundgeben. Endlich fehlt die Diarrhöe, jedes Zeichen einer katarrhalischen oder sanguinolenten Excretion, so dass nichts übrig bleibt, als zu supponiren, man habe es hier mit einer Neurose der Eingeweide, mit einer Enteralgie, im engsten Sinne des Wortes, zu thun. Dieser Zustand ist auch mannigfach und wechselnd, wie eine jede andere Neuralgie, und besonders wie die Neuralgien der Eingeweide. Die Schwankungen, die da auftreten, sind durch nichts erklärt; ohne Grund hört der Schmerz auf, ohne Grund wird er wieder lebhaft, wenigstens ohne für uns wahrnehmbaren Grund; er hat auch keine fixe Dauer: bald ist er nur ephemer, bald zieht er sich durch mehrere Wochen hin und manchmal gesellen sich zu ihm auch ähnliche Zustände im Magen. Dann leidet der Kranke an einer Gastro-Enteralgie. Narcotica, wie Belladonna u. s. w. haben auf diese Schmerzen höchstens einen vorübergehenden Einfluss. Aber eine antisyphilitische

Behandlung, unterstützt durch Revulsiva, kann das Leiden zuweilen sehr rasch zum Schwinden bringen.

Seltener tritt in Folge von Syphilis wahre Enteritis ein: Es gesellen sich nämlich zu diesen Schmerzen Erscheinungen, welche zeigen, dass sich die Schleimhäute des Darmes in einem entzündlichen Zustande befinden. Dergleichen sind: Diarrhöe, Ausscheidung schleimiger, bisweilen blutig gestriemter Massen, und (wahrscheinlich sympathisch entstanden) Brechneigung und Erbrechen, Empfindlichkeit des Unterleibes wie bei einer Entzündung u. s. w. Die wichtigste und gewöhnlichste dieser Erscheinungen ist die Diarrhöe. Sie ist nie zu übermässig und beschränkt sich auf 6 bis 8 Entleerungen im Tage. Das Entleerte ist gewöhnlich gelb, seltener serös.

Diese Diarrhöe hat folgende Eigenthümlichkeiten: 1. entsteht sie ohne eine Gelegenheitsursache, besonders ohne Einfluss von Medicamenten; 2. ist sie andauernd; sie dauert länger als eine gewöhnliche Diarrhöe, meist mehrere Wochen; und 3. widersteht sie den gewöhnlich gegen die Diarrhöe angewendeten Medicamenten, als dem Laudanum, Tannin, Bismuth, kurz den verschiedenen Adstringentien, merkwürdigerweise aber hat das Quecksilber auf sie einen günstigen Einfluss.

Es ist sehr wahrscheinlich, dass diese geschilderte Enteritis das Ergebnis von Eruptionen auf der Schleimhaut des Darmtractes ist, welche den Eruptionen auf der Allgemeindecke analog sind. Doch ist das nur eine Hypothese.

§ 108. Infolge von Syphilis tritt auch oft während der Periode der Frühformen eine Erscheinung auf, deren schon Ricord erwähnt, der Icterus. Er ist nicht sehr häufig und hat eigentlich nichts Specifisches an sich, aber das gewöhnlich gleichzeitige Auftreten mit anderen Erscheinungen der Diathese und das Fehlen von anderen Ursachen, auf die er sonst zurückgeführt werden könnte, lässt annehmen, dass er mit Syphilis zusammenhängt. Die Gelbsucht in Folge von Syphilis kommt bei beiden Geschlechtern gleich häufig vor, und wird gewöhnlich in den ersten 6 Monaten nach stattgefundener Infection, bisweilen auch später beobachtet. Häufig, aber nicht immer, bemerkt man sie gleichzeitig mit dem Auftreten von Eruptionen auf der allgemeinen Decke. — Es ist schon gesagt worden, dass der hier in Rede stehende Icterus von jedem durch eine andere Ursache bedingten nicht verschieden ist. Seine Symptome sind: mehr oder weniger intensive, gewöhnlich mittelstarke gelb-

liche Färbung der Haut; icterische Farbe des Urins, welcher die physicalischen und chemischen Eigenschaften des sonst von Gelbsüchtigen gelieferten Harnes hat. Der Stuhl bietet ein verschiedenes Verhalten; meist ist Verstopfung vorhanden und die Faeces sind entfärbt. — Gewöhnlich ist kein Fieber wahrnehmbar, in einzelnen Fällen aber, besonders im Beginne, ist etwas Fieber vorhanden. Mitunter ist ein mehr oder weniger deutlich ausgeprägtes Uebelbefinden gleichzeitig zu beobachten, eine gewisse Mattigkeit, Abgeschlagenheit, Kopfschmerz, gastrische Störungen, verminderter Appetit, eine etwas gelbliche Zunge, bitterer Geschmack im Munde, Ekel und zuweilen selbst Brechneigung. Die Leber ist normal und in der Mehrzahl der Fälle schmerzlos, bisweilen jedoch ist ihr Volumen vergrössert und ist sie gegen Druck etwas empfindlich. Diese aufgezählten Symptome sind mannigfachen Variationen unterworfen. Manchmal bietet der Kranke keine andere Erscheinung als icterische Färbung der Haut und des Urins. In anderen, doch selteneren Fällen treten mehr oder weniger heftige Fieber, nicht unbeträchtliche gastrische Störungen und eine förmliche Prostration, ja sogar ein adynamischer Zustand auf.

Auch in Bezug auf Entwicklung und Dauer bietet der durch Syphilis veranlasste Icterus nichts Specielles. Gewöhnlich schwindet er ungefähr in 14 Tagen, manchmal dauert er auch 4 Wochen. Eine längere Dauer aber ist eine seltene Ausnahme. Kurz, es ist ein keineswegs ernst zu nehmender Zustand. Der Verlauf ist folgender: Die Verdauungsstörungen hören auf, dann besteht die gelbliche Färbung noch einige Zeit fort, endlich blasst sie ab und der Kranke ist von diesem Zustande genesen. — Von einigen Autoren aber wird behauptet, dass die in Rede stehende Art des Icterus nicht immer einen so günstigen Ausgang nehme

Und was ist nun der Grund dieses Zustandes? Als Antwort auf diese Frage haben wir nur eine Hypothese: die nämlich, dass die Leber ebenso wie die anderen Organe durch die Diathese bezüglich ihrer Function ungünstig beeinflusst wird, und es in Folge dessen zu Störungen in der Gallenausscheidung kommt, was zur Gelbsucht Veranlassung gibt.

§ 109. Die verschiedenen Zustände, welche im Vorhergehenden geschildert worden sind, können begreiflicherweise an einem Individuum nicht verlaufen, ohne zu Störungen in der Ernährung zu führen. Indem die Functionen der Assimilations-Organe aufgehoben oder

weniger energisch sind, muss das Gleichgewicht zwischen Einnahme und Abgabe im Haushalte des Organismus gestört werden und die Folge davon eine Gesammtheit von Erscheinungen sein, deren Details nachstehende sind: mehr oder weniger beträchtliche Abmagerung, Verlust an Körpergewicht, Abnahme der Kräfte, Einbusse des Glanzes und der lebhaften Farbe der Haut, allgemeine Verarmung der Oeconomie des Körpers, Atonie in den Verrichtungen der einzelnen Organe, Unterdrückung der Menstruation, Ausfallen der Haare, kurz eine bedeutende Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Individuums, und schliesslich droht in äusserst seltenen Fällen, wenn eben sehr viele von den aufgezählten Erkrankungen das Individuum in intensiver Weise befallen, der lethale Ausgang. Diese Ernährungsstörungen werden in den verschiedensten Graden, besonders bei jungen Weibern beobachtet, welche, kaum geschlechtsreif geworden, schon syphilitisch werden, insbesondere dann, wenn sie von lymphatischer, atonischer Constitution sind, wenn ihre Gesundheit ohnehin schon durch eine schlechte Hygiene, durch unzureichende Nahrung, durch eine unregelmässige Lebensweise, durch Schwelgereien, Excesse, Nachtwachen u. s. w. erschüttert ist. Der Kranke geräth da in einen Circulus vitiosus. In Folge der Ernährungsstörungen wird die Syphilis eine maligne und in Folge dessen, dass die Syphilis eine maligne wird, treten Schwächungen in den Verrichtungen einzelner Organe auf, welche ihrerseits Ernährungsstörungen bedingen. Dazu kommt, dass der Körper, weil er geschwächt wird, ausser den Anfällen der Syphilis den Anfällen anderer, mit ihr nicht im Nexus stehender, intercurrirender, vielleicht früher schon im Keime vorhanden gewesener Krankheiten nur schwer widerstehen kann. Und so geschieht es, dass unter dem Einflusse der Syphilis die Scrophulose, Chloranämie, Tuberculose nicht selten die gefährlichsten Dimensionen annehmen, wie das schon oben des Weiteren ausgeführt worden ist.

An und für sich aber kann diese Schwächung der Function der Assimilations-Organe, welche die Syphilis bedingt, manchmal eine vorübergehende, nur einige Monate dauernde sein. Dann bekommen die Kranken wieder ihren Appetit, die Verdauung wird wieder hergestellt, die Haut bekommt ihr normales Aussehen, die Kräfte nehmen zu, die Patienten werden stark. Doch gibt es auch Fälle, wo die Sache diesen Verlauf nicht nimmt, wo die Periode der Ernährungsschwäche sich in die Länge zieht, ein Jahr, anderthalb Jahre und auch länger dauert. Die Folge davon ist bedeutende Abmagerung, excessive Schwäche, ein

ununterbrochener Zustand von Mattigkeit und eine auffällige Deterioration des Gesammtorganismus.

Leider leisten diese Ernährungstörungen der Therapie hartnäckigen Widerstand. Vergeblich werden oft alle Tonica ins Feld geführt. Es ist nicht möglich, die Ernährung des Kranken und folglich seine Kräfte zu heben. Daher kommt es, dass in vielen Fällen die Syphilis die Gesundheit auf Jahre hinaus ruinirt; daher kommt es, dass die Kranken durch die Syphilis ganz umgewandelt werden. Sie bekommen einen anderen Habitus, sie altern vor der Zeit. Dazu muss noch bemerkt werden, dass jene Formen von Syphilis, welche den geschilderten Charakter haben, nicht immer reich an sichtbaren Zufällen sind, sondern sehr oft sind sie scheinbar ganz gutartig — und doch in Wirklichkeit so verheerend.

§ 110. Wenn die geschilderte Schwächung Fortschritte macht, dann führt sie zur Cachexie. Diese Cachexie ist von einer durch andere Ursachen bedingten nicht verschieden. Im Vorliegenden wird sie natürlich zumeist durch die von Seite der Diathese maligne Beeinflussung der Assimilations - Organe veranlasst. Dass sie bei Frauen häufiger auftritt, als bei Männern, wird nicht Wunder nehmen, wenn man bedenkt, dass die Frauen überhaupt schwächer sind, dass sie zur Anämie, zur Entwicklung einer lymphathischen Constitution mehr geneigt sind, dass ihre Gewohnheiten häufiger einer zweckmässigen Hygiene nicht entsprechen, indem sie meist weniger Bewegung machen, eine sitzende Lebensweise führen u. s. w. Schwerer ist schon die Frage zu beantworten, warum es in einzelnen Fällen zur Entwicklung der Cachexie kommt, und in anderen caeteris paribus nicht. Oft findet man den Grund in dem Mangel einer zweckmässigen Behandlung, einer zweckmässigen Hygiene, in vorausgegangenen anderweitigen Störungen der Gesundheit, in einer von Haus aus schwachen Constitution, in einer durch Excesse, Elend früher bedingten Verarmung des Organismus; manchmal aber fehlen alle diese Umstände, und man sieht, dass Kranke von der Cachexie befallen werden, bei denen man dies am allerwenigsten vorausgesetzt hätte, ohne dass man einen Grund hiefür anzugeben weiss. Es ist schon erwähnt worden, dass die Symptome der syphilitischen Cachexie, sowie die Symptome vieler bereits hier erwähnten Zustände in Folge der Dyscrasie von ähnlichen, nicht durch Syphilis bedingten Zuständen nicht verschieden sind. Der einzige Unterschied besteht nur darin, dass manchmal noch begreiflicherweise zu den Erschei-

nungen der Cachexie auch anderweitige Erscheinungen der Diathese sich gesellen. Man beobachtet demnach an solchen Kranken den Habitus der Consumtion, ein hectisches, blasses, leidendes, gealtertes Aussehen. Besonders das letztere findet sich, wie ja schon früher darauf hingewiesen wurde, hier viel häufiger als anderswo. Der Teint ist bleifarben oder gelblich, die Farbe blass, die Augen hohl oder die Augäpfel hervorspringend, die Züge verzerrt, das Gesicht runzelig, die Physiognomie drückt Mattigkeit, Erschöpfung, Schwäche aus; die Haut des Körpers wird erdfahl, trocken, rauh, schilfrig, stellenweise schuppig, Haare und Augenbrauen fallen aus, was von den Haaren stehen bleibt, wird trocken, matt, glanzlos; die Kranken magern ab; das subcutane Fett schwindet völlig; die Muskelmasse nimmt ab. Das ganze Wesen eines solchen Menschen scheint geschrumpft. Begreiflich ist es, dass solche Kranke fortwährend im Bette liegen müssen, den Appetit verlieren, in eine nicht zu beseitigende absolute Anorexie verfallen. Die Verdauungsstörungen, die da auftreten, sind zahlreich und mannigfach: in erster Linie bemerkt man dyspeptische Erscheinungen aller Art, Ekel, Brechneigung und Erbrechen von Nahrungsmitteln, Galle,. Schleim und von seröser Flüssigkeit. Kurz, die Kranken können nichts vertragen, abwechselnd tritt Verstopfung und Diarrhöe auf, dann kommt es zu einer ununterbrochenen, nicht zu beseitigenden coliquativen Diarrhöe, bei welcher das Genossene unverdaut abgeht; der Puls wird schwach und klein und ist zuletzt nicht mehr zu fühlen, eine Veränderung, die der Sphygmograph sehr deutlich nachweist. Dann treten vage Schmerzen in den Gliedern und im Stamme auf; der Schlaf wird gestört, die Kranken werden von schweren Träumen gequält, vom Alpdrücken, von nächtlicher Unruhe, von hartnäckiger Schlaflosigkeit. Auch kommt es zu profusen Schweissen. Anfangs leiden die Patienten an einem in unregelmässigen Zeiträumen auftretenden Fieber; später nimmt man an ihnen ein ununterbrochenes hectisches Fieber, aber ohne grosse Hitze, wahr. Endlich wird der Marasmus vollständig, die Zunge wird roth und und trocken, bedeckt sich mit Bläschen. Die Kranken liegen dahin, eine langsame Agonie, bei welcher das Bewusstsein erhalten bleibt, ein allmäliges Absterben erfolgt. Bisweilen wird das Ende durch eine Pneumonie, wie man dergleichen bei Consumtions-Processen überhaupt wahrnimmt, beschleunigt oder durch die sich rasch entwickelnde Lungentuberculose schneller herbeigeführt.

Wie man sieht, unterscheiden sich diese Symptome nicht von

jenen einer aus anderen Gründen entstandenen Cachexie, nur dass sich zu ihnen der Syphilis eigenthümliche Erscheinungen gesellen. Diese gehören aber der Periode der Spätformen an, z. B. ulceröse Syphilide (Ecthyma, Rupia), Gummata, Knochenanschwellungen, Knochenabscesse u. s. w., denn in Fällen dieser Art überstürzen sich die Erscheinungen und die Perioden der Diathese. Es ist begreiflich, dass, wenn die Krankheit einen solchen Verlauf nimmt, die Prognose eine schlechte wird. Gewöhnlich tritt da keine Heilung ein, sondern in einem kürzeren oder längeren Zeitraume der lethale Ausgang. Doch gibt es Fälle, allerdings nur Ausnahmsfälle, in welchen auch diese Cachexie in ihrer Weiterentwicklung einhalten und Heilung erfolgen kann, worauf schon Ricord aufmerksam gemacht hat.

Aus dem Gesagten folgt für die Therapie die Regel, dass man die der Cachexie eigenthümlichen Symptome durch die gegen sie gewöhnlich angewendeten Mittel bekämpfen und zugleich gegen die specifische Ursache der Cachexie zu Felde ziehen — d. h. eine antisyphilitische Behandlung einleiten muss. Letztere besteht im Vorliegenden in Einreibungen, denn sie allein können hier angewendet werden, und diese Applications-Methode des Quecksilbers ist die einzige, welche der erschöpfte Organismus aushält und von der ein Erfolg zu erwarten ist. Man wird mit Klugheit und mit Energie zu Werke gehen müssen und immer bedenken, dass das, was man in Folge der angewendeten Mittel zu fürchten hat, nicht aufwiegt, was allenfalls eintreten könnte, wenn man von den fraglichen Mitteln keinen Gebrauch macht. Sehr häufig sind die Kranken schon so herabgekommen, dass eine vollständige Resorption gar nicht stattfindet. Sie bleiben unempfindlich gegen die Anwendung des Quecksilbers, dessen physiologische Wirkungen sogar ausbleiben können. Anders verhält es sich mit Jod. Dieses Mittel erheischt keine solche Zurückhaltung; es kann im Allgemeinen ohne Furcht den Kranken verabreicht werden, denn es wird auf die Oeconomie des Organismus nur einen wohlthätigen Einfluss üben, indem es den Appetit erweckt und die Verdauungsthätigkeit anregt. In mässigen Dosen, welche den Kräften des Kranken entsprechen, wird es vom Magen leicht vertragen. Im Nothfalle kann man auch noch das Rectum für die Einverleibung des Jod in Anspruch nehmen, indem man den Kranken Clystiere mit Jod oder Suppositorien mit Jod nach Bedarf verabreicht. Neben dem Jod

und neben dem Quecksilber müssen dann noch die Tonica zu Hilfe gezogen werden.

§ 111. Die weiblichen Genitalien sind gleichfalls oft in Folge der Syphilis während der Periode der Frühformen mit einem der nachstehenden Leiden, als Theilerscheinung der Allgemeinerkrankung, behaftet:

1. beobachtet man Leucorrhöe. Viele Frauen, welche früher keinen weissen Fluss hatten, bekommen einen solchen, nachdem sie syphilitisch geworden, für verschieden lange Zeit und in verschiedenem Grade, Dieser Zustand ist eine Folge der Chloranämie und der allgemeinen Schwäche, welche die Diathese hervorruft. Es fragt sich: Ist diese Leucorrhöe ansteckend; das heisst, ist das Secret derselben der Träger des Syphilis-Contagiums? Antwort: Nein. — Andere Forscher lehren das Gegentheil; sie behaupten, dass Impfungen mit dem blenorrhagischen Secrete einer Syphilitischen einen positiven Erfolg gehabt haben. Die auf solche Weise entstandene Syphilis wird als modificirte Syphilis bezeichnet.

2. Eine andere Erkrankung sind die Neuralgien der Gebärmutter, welche gleichfalls weniger das directe Ergebnis des Einflusses der Diathese, als vielmehr ein Epiphänomenon des durch die Diathese hervorgerufenen Nerven-Erethismus oder chloranämischen Zustandes sind. Man findet syphilitische Frauen, welche, ohne früher ein ähnliches Leiden gehabt zu haben, plötzlich über mehr oder weniger lebhafte Schmerzen in der Gebärmutter, wie man sie bei Hysterischen wahrnimmt, klagen. — Diese Schmerzen sind entweder ununterbrochen, gleichmässig oder exacerbiren zeitweilig, und gehen von einem fixen Punkte, welchen die Kranken sehr genau als in der Medianlinie am unteren Theile des Bauches gelegen bezeichnen, aus. Durch Bewegung nehmen sie zu; touchirt man per Vaginam den Hals der Gebärmutter, steigern sie sich und strahlen gegen die Hüfte, das Kreuzbein, die Schenkel aus; besonders heftig sind sie während der Menstruation. Da man keine Ursache auffindet, auf die man sie zurückzuführen im Stande wäre, so muss man sie für eine Neurose halten, welche mit der Syphilis im selben Nexus steht, wie die anderen bereits erwähnten Neurosen.

3. In Folge der Syphilis treten auch Menstrual-Störungen auf. Man wird sehr vorsichtig sein müssen in der Beurtheilung dessen, ob in einem gegebenen Falle dergleichen Störungen durch die Diathese bedingt sind oder nicht. Denn die Menstruation des Weibes ist ja bekanntlich von sehr vielen Einflüssen abhängig, als: von der Constitu-

tion, von dem Temperament, von dem Gesundheitszustande überhaupt, von Anämie, Chlorose, den Lebensgewohnheiten, der Beschäftigung; dazu kommen noch speciell die Genitalien beeinflussende Ursachen, als: Beschaffenheit des Uterus, Erregungen der Genitalien, Excesse im Geschlechtsgenusse, widernatürliche Befriedigung des Geschlechtstriebes u. s. w. — Auf zahlreiche Beobachtungen gestützt, behauptet Fournier, dass die Störungen der Menstruation in Folge von Syphilis gewöhnlich geringfügig sind. Manchmal aber sind sie auffälliger und bestehen in Verzögerungen, Unregelmässigkeiten, Verminderungen der Quantität der Blutung, so dass die Menstrual-Flüssigkeit nur einem Fleischwasser gleicht, Verringerung der Dauer, mehr oder weniger vollständiger Unterdrückung, so dass die Syphilitischen bisweilen schwanger zu sein glauben. Manchmal kommen dann nach solchen Pausen in der Menstruation mehr oder weniger heftige Hämorrhagien, welche zu förmlichen Metrorrhagien ausarten, vor. Diese letzteren sind gewöhnlich begleitet von Koliken und von Neuralgien der Gebärmutter und führen zur Erschöpfung der Kranken, indem sie den anämischen Zustand derselben steigern. Begreiflicherweise sind diese Störungen der Menstruation in den meisten Fällen das Ergebnis des directen und indirecten Einflusses der Diathese auf die Oeconomie des Organismus. Die Syphilis schwächt, wie gesagt, meist die Kranken, die Frauen überhaupt, anämisirt sie, und es ist deshalb natürlich, dass die Menstruation abnimmt und endlich ganz aufhört. Man beobachtet dies ja bei jeder Anämie, bei jeder Verminderung der rothen Blutkörperchen, was immer der Grund dieser Zustände sei. Manchmal aber treten die erwähnten Störungen auf, ohne dass aus den vorhandenen oder vorausgegangenen Erscheinungen anzunehmen wäre, der Organismus hätte wirklich so bedeutende Erschütterungen, die jene Folgen nach sich zögen, erlitten. Man bemerkt z. B. solche hartnäckige Verzögerungen der Menstruation und selbst vollständige Amenorrhöe bei Kranken, die gar nicht anämisch aussehen und auch nicht die bekannten Auscultations-Phänomene der Anämie darbieten. In solchen Fällen muss man die geschilderten Zustände auf den directen Einfluss der Diathese zurückführen. Alles bisher Gesagte gilt von jenen Patienten, bei welchen die Erkrankung eine mittlere Intensität hat. Doch treten da eben diese geschilderten Zustände seltener auf; häufig aber sind sie, wenn die Diathese zu ernsten Formen, sogenannten Visceral-Formen, führt. So viel über den Einfluss der Syphilis auf die Menstruation.

§ 112. Auch die Functionen des Uterus als Organ der Fortpflanzung leiden zuweilen durch die Diathese, wie aus dem später Folgenden hervorgeht. Man hat behauptet, dass die Syphilis zur Unfruchtbarkeit führt. Es wurde nämlich beobachtet, dass Frauen mehrere Jahre hindurch unfruchtbar bleiben. Bei Erforschung der Ursache fand man zuweilen nur Syphilis, die als Grund der Sterilität angesehen werden konnte; man hat dann die betreffenden Kranken einer anti-syphilitischen Behandlung unterworfen und nach dem Vollzuge derselben wurden sie, die früher unfruchtbar waren, geschwängert. Diese immerhin seltene Aufeinanderfolge von Ereignissen beweist gar nichts; denn man findet sehr viele syphilitische Schwangere; und wenn Schwangerschaft und Syphilis einander so regelmässig ausschlössen, woher kämen dann die vielen syphilitischen Säuglinge, welche ihre Ammen anstecken. Kurz, Sterilität scheint mit der Syphilis in keinem Nexus zu stehen. — Es fragt sich nun, welchen Einfluss hat die Syphilis auf die Schwangerschaft? Bei vielen Frauen gar keinen; bei vielen aber, besonders wenn sie nicht oder unzureichend behandelt worden sind, wird die Schwangerschaft mehr oder weniger ernst von Syphilis beeinflusst, während anderseits die Schwangerschaft auf die Beschaffenheit einzelner syphilitischer Krankheitsproducte einen eigenthümlichen Einfluss hat. So wird z. B. die Gegend um die Genitalien in Folge der Gravidität vorzugsweise geeignet sein, der Sitz von Schleimhaut-Syphiliden zu werden — wahrscheinlich in Folge der Congestion der Vulva und ihrer Nachbartheile durch abnorme Blutvertheilung, die der vergrösserte Uterus nach sich zieht. Der Congestiv-Zustand wirkt hier als veranlassendes und unterhaltendes Moment. Die Folge davon ist, dass die Schleimhautpapeln bei Schwangeren sehr häufig in den erwähnten Gegenden auftreten und eine Entwickelung erreichen, die manchmal horrend ist. Sie leisten auch während der Schwangerschaft der Therapie hartnäckigen Widerstand, und wenn die Gravidität vorüber ist, nach dem Wochenbette, sieht man sie sich auffallend rasch zurückbilden. Ebenso sind die ulcerösen Syphilide aus gleichen Gründen an den Genitalorganen Schwangerer häufig bemerkbar, haben in solchen Fällen auffällige Tendenz des Fortbestehens, der Vergrösserung, und finden sich deshalb meist hochgradig entwickelt. Es gelingt nur sehr schwer, vor der Entbindung die Vernarbung derselben zu erzielen.

Es ist auch ferner bekannt, dass die Schwangerschaft einen gewissen eigenthümlichen Einfluss auf den Organismus hat, und dieser ist

der Rückbildung der Diathese sehr ungünstig. So kommt es, dass in vielen Fällen Erscheinungen sich bei einem Individuum entwickeln, welche, wenn das Individuum nicht schwanger geworden wäre, sich vielleicht nicht entwickelt hätten; — mit einem Worte, die Schwangerschaft ist eine ungünstige Complication für die Syphilis. Die Schwangerschaft macht meist anämisch, schwächt, disponirt zu Neurosen, stört die Ernährung u. s. w.; und das kann doch der Rückbildung der Diathese nicht förderlich sein. Viele Frauen welche sonst die Schwangerschaft ziemlich leicht ertragen haben, werden sehr gefährdet, wenn sich zu ihr Syphilis gesellt; sie werden blas chlorotisch, hydrämisch, schwach, nervös, kurz kränkelnd. Die Syphil findet natürlich unter diesen Verhältnissen einen günstigen Boden un die nervösen und splanchnischen Erscheinungen, welche im Früher zur Sprache gekommen sind, entwickeln sich bei Kranken dieser A viel leichter. Man bemerkt bei ihnen viel häufiger als sonst Asthen der Functionen, Trägheit der Verdauung, Appetitlosigkeit, Dyspepsi Erbrechen, Palpitationen, Fieberanfälle, manchmal continuirliche Fieb mit Paroxysmen, (so dass es den Anschein hat, als hätten die Kranke einen Typhus) Nervenzufälle, Kopfschmerz, Neuralgien, Schlaflosigke Congestionen, periphere Algidität, Muskelkrämpfe, Convulsionen, ve schiedene Schmerzen, mannigfaltig in Bezug auf Sitz und Beschaffe heit, besonders nicht genau zu bestimmende Schmerzen im Unterlei Hysteralgien mit Ausstrahlung gegen die Hüften, das Becken, die Le sten u. s. w. Man sieht, dass sehr viele Syphilitische in Folge d Diathese eine äusserst mühselige Schwangerschaft haben, reich an Schme zen, unangenehmen Zufällen, örtlichen Leiden, allgemeinen Erkranku gen, welche ein Mixtum compositum von Syphilis und Molimen gr viditatis sind. Die Folge davon wird natürlich sein, dass häufig das no male Schwangerschaftsende nicht erreicht wird. Es kommt entweder z Frühgeburt oder gar zum Abortus, und man kann behaupte dass die Syphilis eine der häufigsten Ursachen des Abo tus ist Aus dem Grunde mögen hier noch einige diesbezügliche Erö terungen Platz finden.

Die Syphilis disponirt am meisten während de Periode der Frühformen zum Abortus, und zwar findet ma ihn aus dem angeführten Grunde in dem Zeitraume zwischen dem bis 12. Monate nach stattgefundener Infection sehr häufig. Von grosse Wichtigkeit ist der Umstand, dass der Abortus in Folge von Syphili

auch viele Jahre nach stattgefundener Infection noch auftreten kann. — Es ergibt sich daraus die Regel, dass man bei einem Abortus, der auf eine bestimmte Ursache nicht zurückzuführen ist, genau zu untersuchen hat, ob nicht eine längst vorhanden gewesene, vielleicht schon von der Patientin vergessene Syphilis die Ursache sei. — Es ist ferner zu berücksichtigen, dass gewisse Formen der Diathese, welche entweder durch zahlreiche Manifestationen oder durch Erscheinungen von bedeutender Intensität ausgezeichnet sind, insbesondere durch Formen, bei denen es zur Entwicklung von splanchnischen Erscheinungen kommt, zum Eintreten des Abortus namhaft disponiren. Sind die Manifestationen der Diathese leicht, so findet man den Abortus nicht so häufig, aber eintreten kann er doch. Daraus ergibt sich, dass man auf die Leichtigkeit der syphilitischen Erscheinungen keine Prognose in Bezug auf die mögliche Erreichung des normalen Schwangerschaftsendes stellen darf, und weiters, dass man selbst in scheinbar leichten Fällen es nicht verabsäumen darf, alle Mittel aufzubieten, wenn man haben will, dass die Frauen jenes Ziel erreichen sollen. Es ist wegen der Wichtigkeit der Sache nöthig, auch hier noch einmal darauf hinzuweisen, dass die Fehlgeburt ohne ein gleichzeitig vorhandenes anderweitiges Symptom von Syphilis auftreten kann, gewissermassen als einziger Ausdruck der Diathese, welche im Uebrigen, wie man sagt, latent ist, nachdem deren zuletzt wahrgenommene Erscheinungen längst geschwunden sein können.

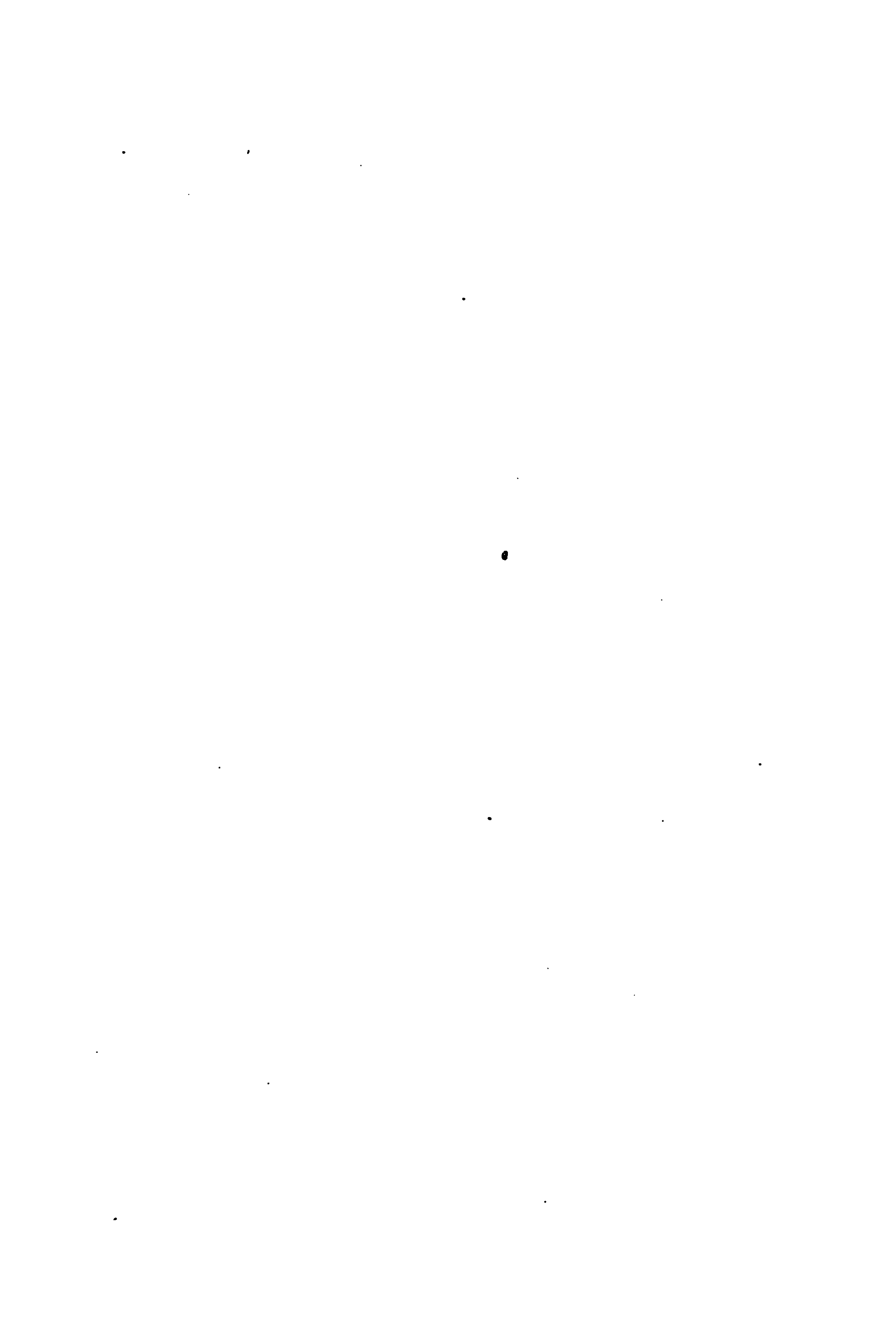
Es sei noch gestattet, die wichtige Frage zu erörtern, ob die Syphilis, welche der Schwangerschaft vorhergeht, eher zum Abortus führt, als Syphilis, welche der Conception folgt. Die Erfahrung hat gelehrt, dass eine Syphilitische, welche schwanger wird, dem Abortus mehr ausgesetzt ist, als eine Schwangere, welche syphilitisch wird. Die meisten Fehlgeburten in Folge von Syphilis entwickeln sich eben dadurch, dass die Diathese vor der Conception erworben worden ist. Selten führt caeteris paribus eine Ansteckung im Verlaufe der Schwangerschaft zur fausse couche, und zwar um so seltener, in einer je späteren Periode der Schwangerschaft die Ansteckung erfolgte. Noch muss darauf aufmerksam gemacht werden, dass in Folge von Syphilis nicht bloss Ein Abortus auftritt, son-

dern, und das ist nicht selten, eine ganze Reihe von Fehlgeburten. Glücklicherweise zeigt sich die anti-syphilitische Therapie in den hieher gehörigen Fällen sehr wirksam. Wenn man eine Syphilitische, welche ein oder mehrmal in Folge der Diathese fausse couche gemacht hat, einer anti-syphilitischen Behandlung unterwirft, so kann man nicht selten die Wahrnehmung machen, dass sie, nach Vollzug dieser Behandlung schwanger geworden, ein lebendes und gesundes Kind zur Welt bringt. Daraus folgt die für die Praxis wichtige Lehre, dass man in Fällen, wo mehrmals hintereinander Abortus stattgefunden hat, Verdacht auf Syphilis hege und sofort eine specifische Behandlung einleiten müsse. in Folge deren es möglich ist, dass dann die Schwangerschaft ein normales Ende erreichen könne.

Es bleibt noch zu erwägen, ob syphilitische Frauen mehr zu Puerperal-Processen disponirt sind, als andere. Man hat geglaubt, dass, weil die Syphilis eine Dyscrasie, eine Bluterkrankung ist, Metrorrhagien im Wochenbette Syphilitischer häufig sein müssen. Aber die Beobachtung hat diese theoretische Annahme nicht bestätigt. Im Gegentheil hat man einen auffallenden Unterschied im Verlaufe des Wochenbettes bei Syphilitischen, sei es nach einem Abortus, oder einem partus praematurus, oder nach einer Geburt am normalen Schwangerschaftsende nicht wahrgenommen.

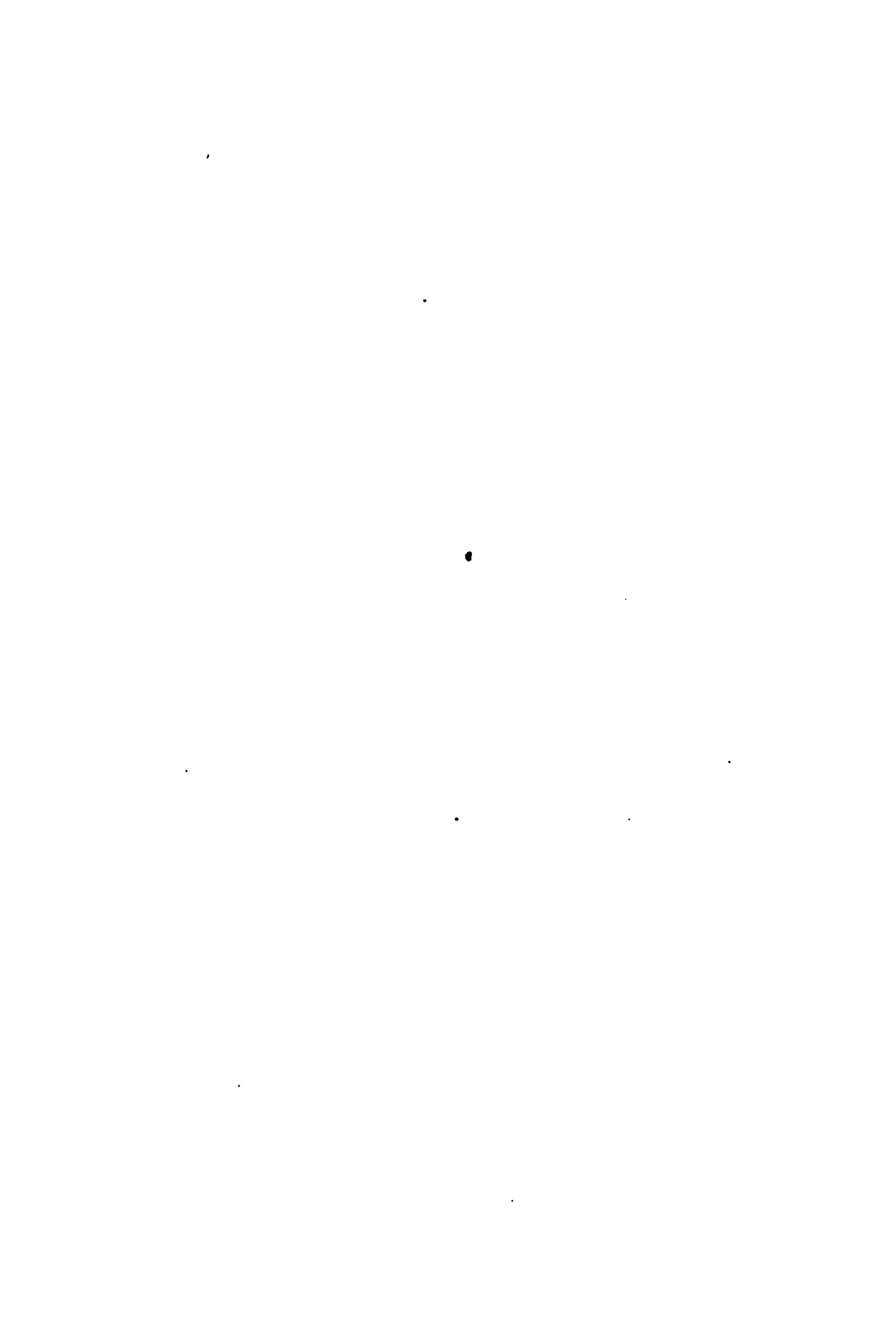
Eines aber muss hervorgehoben werden, dass, sowie die Schwangerschaft einen nachtheiligen Einfluss auf die Syphilis im Allgemeinen und auf die Entwickelung und Rückbildung einzelner Producte derselben insbesondere, wie das Oben auseinandergesetzt wurde, hat, so ist das Wochenbett von einem günstigen Einfluss auf die Beseitigung der durch die Diathese gesetzten Zustände. Es bilden sich z. B. die mucösen Syphilide der Genitalien, von denen oben gesprochen wurde, in auffallender Weise zurück; die erwähnten ulcerösen Syphilide kommen ungemein rasch zur Vernarbung, sowie sich der gravide Uterus seines Inhaltes entledigt hat. Mit einem Schlage werden diese Zustände, die früher hartnäckig waren, gutartiger Natur und leicht zu beseitigen. Aber auch das Allgemeinbefinden der Syphilitischen ändert sich rasch und beträchtlich nach Ablauf der Schwangerschaft. Die Kräfte nehmen wieder zu; die Kranken färben sich lebhafter; der Appetit erwacht; der Nerven-Erethismus beruhigt sich; mit einem Worte, anstatt des früheren Uebelbefindens tritt ein relatives Wohlsein ein. Man könnte es mit einer Reconvalescenz nach einer mehr oder weniger ernsten

Krankheit vergleichen; kurz: war die Syphilis während der Schwangerschaft eine maligne, so wird sie durch die Entbindung, man könnte sagen, eine gutartige, ohne dass sie jedoch in Bezug auf die weiteren Folgen für die Zukunft des Kranken sich ändert.



III. ABTHEILUNG.

Ueber Diagnostik, Prognose und Therapie der Syphilis im Allgemeinen und ihrer Frühformen insbesondere.



III. ABTHEILUNG.

Ueber Diagnostik, Prognose und Therapie der Syphilis im Allgemeinen und ihrer Frühformen insbesondere.

I. CAPITEL.

Diagnostik der Syphilis während der Periode der Frühformen.

§ 117. Nachdem im Früheren die Entwicklung der Syphilis im Organismus während der Periode der Frühformen im Detail besprochen wurde, soll nunmehr die Diagnostik der abgehandelten Krankheitserscheinungen erörtert werden.

Um ein Symptom als ein wirklich durch die in Rede stehende Dyscrasie bedingtes zu erkennen, halte man sich zunächst vor Augen, dass es bei dieser Diathese meistens oder wenigstens häufiger als bei jeder anderen nicht zur Entwicklung **nur eines einzigen** Symptoms, sondern gewöhnlich einer ganzen Gruppe von Symptomen kommt, die jenen im Vorigen ausführlich geschilderten characteristischen Verlauf nehmen Diesen Umstand wird man besonders in zweifelhaften Fällen berücksichtigen müssen. Es sei hier ferner wiederholt darauf hingewiesen, weil dies in Anbetracht der Wichtigkeit der Sache nicht oft und nicht nachdrücklich genug geschehen kann, dass die Erscheinungen der Lues sich zu einander, wie ein mit Regelmässigkeit Vorhergehendes, zu einem mit Regelmässigkeit Nachfolgendem verhalten, und auf dieses Verhalten die Diagnose basirt sein muss. Es wird also eine pathologische Veränderung in irgend einem Gewebe mit Sicherheit, als durch Syphilis bedingt, bezeichnet werden können, wenn entweder gleichzeitig andere evident syphilitische Erscheinungen an dem betreffenden Individuum zu demonstriren sind, oder wenn andere vorhanden gewesene evident syphilitische Manifestationen

wahrgenommen wurden, oder wenn derartige dem in Frage stehenden Leiden folgen. Man wird also auch aus diesem Grunde auf ein Symptom allein die Diagnose Syphilis nicht basiren, weil das, wie schon so oft gesagt worden ist, die Quelle vieler verhängnisvoller Irrthümer werden kann. Um diesen auszuweichen, müssen desshalb immer jene anderen Manifestationen gesucht werden, und liegt wirklich eine syphilitische Erkrankung vor, dann wird man sie auch fast immer finden.

Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass es nicht immer möglich sein wird, bei einer als syphilitisch anzusprechenden Erkrankung, die ihr vorausgegangene gleicher Ursache entstammenden Krankheitserscheinüngen nachzuweisen, oder gewissermassen den Verlauf der Diathese, den sie in einem gegebenen Falle genommen hat, aus der Anamnese zu reconstruiren. Beim Manne wird man es noch eher können, als beim Weibe; denn die Männer verschweigen ihre Antecedentien bezüglich des zu erörternden Gegenstandes nicht so häufig, als die Weiber. Sie können sich auch leichter als die Weiber beobachten, während den letzteren die Wahrnehmung manches wichtigen Symptomes, an den Genitalien z. B., entgeht. Endlich sind die Männer in der weit überwiegenden Mehrzahl der Fälle auch über das Wesen der Krankheit, über die Gefahr, die sie mit sich bringt, besser unterrichtet und scheuen vor nichts zurück, um sich von ihr zu befreien. Bei den Weibern aber gestaltet sich die Sache häufig ganz anders. Sie können den Arzt durch Mittheilung ihrer Antecedentien sehr oft selbst beim besten Willen nicht so aufklären, wie die Männer; denn, wie aus dem Früheren hervorgeht, sind sie weniger aufmerksam, weil weniger vertraut mit der Existenz des Leidens. Während der Mann aus Gesprächen, durch die Lecture populärer medicinischer Schriften, die Symptome und Folgen der Krankheit kennt, sind die Frauen, selbst wenn sie einzelne Symptome wahrnehmen, von denselben gar nicht beunruhigt, weil ihnen die Tragweite derselben unbekannt ist. Als Beweis gilt, dass die Syphilophobie bei Männern sich häufiger findet, bei Weibern fast nie. Dann werden ganze Gruppen von Erscheinungen, die nervösen und splanchnischen z. B., von den Frauen gewohnterweise ganz anderen Ursachen zugeschrieben. Schliesslich gibt es eine Menge Patientinnen, welche selbst, wenn sie von ihren syphilitischen Antecedentien Kenntnis haben, dieselben dem Arzte doch nicht entdecken. Man muss sagen, dass die Weiber in diesem Punkte schamhafter sind, als die Männer, da fast keine Frau gerade heraus ihrem Arzte gesteht,

Manifestationen der Lues an sich wahrgenommen zu haben, und dass die Weiber bestenfalls den Arzt das Vorhandengewesensein derartiger Symptome aus ihren Angaben errathen lassen. Das eben Gesagte ist für jeden Untersuchenden so wichtig, dass beispielsweise folgendes landläufiges Moment der Anamnese betrachtet werden soll. Frägt man eine Frau bezüglich eines etwa vorhanden gewesenen „Schankers" aus, bekommt man gewöhnlich gar keine oder keine genügende Auskunft; denn entweder ist er ganz unbemerkt entstanden und vergangen, oder er ist wohl bemerkt, aber nicht richtig gedeutet worden. Die Kranken gestehen z. B. in diesem Punkte höchstens zu, ein „Ass" (Finne) an sich beobachtet zu haben. Ebenso wird man bezüglich der Gesammtheit und Entwicklung der späteren Erscheinungen der Lues, die sich an einer Frau bis zum Tage der Untersuchung vollzogen haben kann, nur sehr unvollständige, verstümmelte, verschwommene, dunkle, unzusammenhängende Angaben erhalten.

§ 118. Was die Feststellung des jedesmaligen Status quo anlangt, räth Fournier, dass man, um sich die Untersuchung bedeutend zu erleichtern, die Erscheinungen, welche man erforscht, in zwei grosse Gruppen sondert, in solche, welche der Syphilis eigenthümlich sind, wie z. B. der „Schanker", die Syphilide der Schleimhaut oder die Gummata u. s. w., und in solche, welche auch bei anderen Krankheiten beobachtet werden, z. B. die Neuralgien, die rheumatoiden Kopfschmerzen, Iritis, Lähmungen, Herzklopfen, Zittern, die Störungen in der Menstruation, Abortus u. s. w. Die ersteren werden natürlich leicht in Bezug auf ihr Wesen zu erkennen sein, bieten aber auch manchmal Schwierigkeiten. Die letzteren bieten natürlich in dieser Beziehung noch mehr Schwierigkeiten und das ist eben der wichtigste Theil der Diagnose, um zu erkennen, ob irgend ein bestimmtes Leiden specifischen Ursprungs sei oder nicht, weil ja davon die Einleitung einer zweckmässigen Therapie abhängig ist. Man muss nun in Bezug auf diese zweite Categorie von syphilitischen Erscheinungen besonders vorsichtig sein, weil man sonst sehr leicht Fehler zweifacher Art begehen kann. Entweder kennt man die Antecendentien des Kranken und nimmt auf dieselben keine Rücksicht — oder man kennt sie nicht und kümmert sich auch um sie nicht weiter und nimmt in Folge dessen irrthümlich als Grund der zu diagnosticirenden Uebel einen von dem wahren ganz verschiedenen an. So werden z. B. syphilitische Neuralgien tagtäglich für Neuralgien gewöhnlicher Natur ge-

halten, syphilitische Kopfschmerzen für eine Migräne, rheumatoide Schmerzen syphilitischen Ursprungs für nervöse Schmerzen, syphilitische Fieber, Kältegefühl, Zittern, Icterus für ähnliche Erkrankungen aus anderen Gründen, syphilitische Choroiditis oder andere tiefliegende Ophtalmien dyscrasischen Ursprunges für anderweitig bedingte u. s. w. genommen. Wenn also die Syphilis ein solches Symptom, welches auch bei anderen Dyscrasien sich vorfindet, producirt, dann kann es nach dem Vorigen geschehen, dass der Grund desselben unbeachtet und die Syphilis unentdeckt bleibt, und das ist nicht selten der Fall, denn manchmal erzeugt die Lues zu einer gegebenen Zeit nur ein solches Symptom, das auch bei anderen Erkrankungen sich findet, ohne gleichzeitiges Vorhandensein eines anderen, nur ihr eigenthümlichen. Wenn zufälligerweise mehrere Symptome dieser zweiten Kategorie gleichzeitig vorhanden sind, dann kann das eine durch das andere bezüglich seines Wesens richtig gedeutet werden. Nicht selten aber ist eine solche Combination in den zu diagnosticirenden Fällen nicht vorhanden, und ein derartiger Casus gehört dann immer zu den am schwierigsten zu deutenden, zu den die Vorsicht und Umsicht des Arztes am meisten erheischenden. Man muss sich demgemäss immer vor Augen halten, es sei möglich, dass die Syphilis zu irgend einer Zeit ihrer Entwicklung sich nur durch solche Symptome zu erkennen geben kann, wie wir sie auch bei anderen Dyscrasien wahrnehmen, und dass auch manchmal nur ein einziges derartiges vorhanden sein kann.

§ 119. Mitunter kann es Einem passiren, dass man ein Individuum vor sich hat, welches mit einer unzweifelhaft syphilitischen Krankheitserscheinung behaftet ist, aber mit einer solchen, welche erst im Verlaufe der Entwicklung der Diathese auftritt, und alle Mühe sowohl durch Untersuchung, als auch durch die Erhebung der Anamnese die Vorläufer dieser Manifestation der Dyscrasie zu eruiren, bleibt vergebens, und doch drängt es sich dem Untersuchenden auf: das Symptom, welches man vor sich hat, müsse ein syphilitisches sein; wird man sich in einem solchen Falle von seinem Urtheile durch die negativen Ergebnisse der Erhebung des Status ante abbringen lassen und sagen, es könne nicht der Lues angehören, weil der Kranke behauptet, andere luetische Krankheitserscheinungen, die dem fraglichen vorausgehen mussten, an sich nicht wahrgenommen zu haben, und weil auch keine Spur von denselben sich finden lässt? Antwort: Nein! In solchen Fällen, wo

die Natur eines Symptoms unzweifelhaft ist, ist das Urtheil des Arztes erhaben über die Angaben des Kranken. Denn wissentlich oder unwissentlich kann der Patient behaupten, niemals eine jener aufklärenden Manifestationen der Dyscrasie an seinem Körper beobachtet zu haben. Wissentlich oder unwissentlich! Das letztere ist beinahe eben so häufig, wie das erstere, und das ist begreiflich, wenn man bedenkt, worauf in den früheren Abschnitten wiederholt hingewiesen worden ist, dass der „Schanker“ sehr leicht für ein anderes Leiden gehalten oder auch gar nicht wahrgenommen werden kann, dass die Syphilide der Haut z. B. kein Jucken, keinen Schmerz verursachen, oft an Körpertheilen auftreten, die der häufigen Besichtigung und dadurch der Aufmerksamkeit, der Wahrnehmung entgehen. Das gilt besonders von der Roseola. Anderseits können syphilitische Erkrankungen der Haut für Dermatonosen anderer Art, z. B. für Eczeme u. s w. gehalten werden. Ebenso können die Schleimhaut-Syphilide, besonders wenn sie nicht sehr intensiv sind, für Aufschürfungen, Aften u. dgl. gelten; wenn sie an Uebergangsstellen der Haut in die Schleimhaut oder in der Nachbarschaft derselben vorkommen, sieht man sie häufig, wie schon erwähnt, für „Asse“ an; wenn sie nicht schmerzhaft sind, so entgehen sie oft vollends der Aufmerksamkeit des Kranken. Die Angina syphilitica kann z. B. mit einer ganz gewöhnlichen Angina, welche die Folge einer Erkältung ist, verwechselt werden. Die Drüsenerkrankungen, für den Arzt so wichtige Manifestationen der Diathese, werden oft der Wahrnehmung des Patienten entgehen, weil sie nicht schmerzhaft sind; die zerstreut stehenden, spärlich auftretenden, nicht juckenden Eruptionen der behaarten Kopfhaut entziehen sich der Beobachtung, sogar das Ausfallen der Haare wird, weil es häufig nur auf eine kurze Zeit beschränkt und nicht besonders intensiv ist, leicht von dem Kranken ganz anderen landläufigen Ursachen zugeschrieben. — Vielfach ist schon erwähnt worden, dass Störungen im Nervensystem, obschon sie durch Syphilis bedingt sind, häufig von Aerzten und wie viel mehr von Laien nicht mit der Diathese in Zusammenhang gebracht werden. Wie sollte auch einem Nichtarzte es einfallen, dass eine Lähmung des Auges oder des Gesichtes, hysterischen ähnliche oder epileptiforme Anfälle, Herzklopfen und Neuralgien mit Lues in einem Nexus sind, u. s. f. — Es kann also ein Kranker alle oder die hervorragendsten Erscheinungen der in Rede stehenden Dyscrasie an sich erlebt und zum Theil auch wahrgenommen haben, ohne eine Ahnung zu haben, dass er syphilitisch wäre,

und so kann es geschehen, dass man häufig von den Kranken die Behauptung hört, sie seien nie syphilitisch gewesen, und doch schildern sie dem Arzte ganz deutlich die an ihrem Körper vorhanden gewesenen Manifestationen der Diathese. — Auch das ist möglich, dass die Patienten behaupten, keine Syphilis gehabt zu haben, weil ihnen der seinerzeit behandelnde Arzt gesagt hat, sie wären nicht mit der Diathese behaftet und den damals wahrnehmbaren Erscheinungen eine andere Ursache unterlegte, theils um die Kranken nicht zu beunruhigen, oder aus diesem oder jenem Grunde. Aus allem dem geht hervor: bei der Diagnose auf Syphilis halte man sich lediglich an die Symptome, welche man vor sich hat und lege kein Gewicht darauf, wenn der Kranke läugnet, jemals Syphilis gehabt zu haben.

II. CAPITEL.

Ueber Prognose der Syphilis im Allgemeinen und ihrer Frühformen insbesondere.

§ 120. An die Erörterung der Art und Weise, wie man die Diagnose auf die Frühformen der im Vorliegenden abgehandelten Dyscrasie zu stellen hat, welchen Schwierigkeiten dieses Unternehmen ausgesetzt ist, welche Fehler dabei zu vermeiden sind, reiht sich die Besprechung der Prognose dieser Zustände.

Man muss auch in dieser Beziehung bedenken, dass in keinem Falle alle Erscheinungen der Diathese an einem Individuum wahrgenommen werden. Manchmal sind die Symptome ziemlich zahlreich und es fehlen nur wenige zur Vervollständigung des Bildes, aber sie fehlen doch. Dies vorausgesetzt, muss man sich daran erinnern, dass schon darauf hingewiesen wurde: die Prognose müsse in den einschlägigen Fällen eine zweifache sein; sie beziehe sich nämlich auf jene Gefahren, welche direct der Diathese entstammen und auf jene anderen, welche mit ihr indirect zusammenhängen, die wohl gelegenheitlich auftauchen können, oder auch nicht. Die directen Gefahren sind diejenigen, welche das Ergebnis der specifischen Symptome der Syphilis sind; die indirecten Gefahren sind oft viel grösser als jene und rühren von dem Einflusse her, welchen die Diathese auf Krankheiten oder auf krankhafte Anlagen eines inficirten Individuums ausübt. Es ist von letzteren schon vielfach die Rede gewesen, nur sei hier noch wiederholt, dass sie die Prognose der Dyscrasie compliciren und meist trauriger gestalten, als sie an und für sich wäre. Sie sind häufig wichtiger und ernster als die Syphilis selbst und erheischen immerhin die

Aufmerksamkeit des Arztes bei der Wahl der einzuschlagenden Therapie. Klinische Beobachtungen haben ergeben, dass, wie schon auseinandergesetzt wurde, die Syphilis eine Veranlassung zur Entwicklung oder Verschlimmerung für solche Krankheiten anderer, von ihr verschiedener Art ist, die im Verlaufe der Diathese auftreten. Die im Vorliegenden abgehandelte Dyscrasie vermindert die Resistenz des Organismus, steigert dadurch die Empfänglichkeit für Krankheiten, erhöht die Prädisposition und ebnet anderen, vielleicht im Geheimen vorhanden gewesenen Diathesen den Weg. So kommt es, dass sie zur Scrophulose, Tuberculose führt, an welchen Krankheiten Individuen zu Grunde gehen können, die ohne Dazwischenkunft der Syphilis vielleicht von den angeführten Leiden gar nicht befallen worden wären. Man muss gestehen, dass sonst zu wenig Gewicht auf diesen Umstand gelegt wird.

§ 121. Was nun die Prognose der Syphilis selbst anlangt, so ist sie zweifach: 1. die Prognose, welche sich auf die eben vorhandenen Symptome bezieht und 2. die Prognose, welche — (mit Rücksicht auf den in einem gegebenen Falle vorliegenden Status praesens) der Diathese als solche, somit auch der Zukunft des Kranken gestellt werden kann. Die letztere schliesst natürlich die Periode der Spätformen mit ein. Sie erstreckt sich auf Ereignisse, welche den Kranken viele Jahre nach dem Auftreten der Infection betreffen können und zu der Diathese in Beziehung stehen. Die erste Art von Prognose wird leicht zu machen sein, wenn man die Symptome, welche vorhanden sind, das Allgemeinbefinden des Kranken, den Einfluss, welchen eine eingeschlagene Therapie ausübt, u. s. w. berücksichtigt. Die andere Prognose bleibt aber immer schwankend, und gerade sie erregt unter Umständen noch mehr Interesse. Zu diesem Behufe muss man in Erwägung ziehen, in welcher Periode der Syphilis dieselbe als heilbar erkannt werden kann. Während der Zeit der Entwicklung der Initial-Symptome ist für den Kranken nichts zu fürchten; während der Periode der Frühformen ist auch in der Mehrzahl der Fälle der Kranke in keiner Gefahr, aber während der Periode der Spätformen ist er es.

Denn während der Periode der Initial-Symptome hat der Patient ein örtliches, geringfügiges, unbedeutendes Leiden und eine dem entsprechende gutartige Adenopathie. Wenn ja einmal Phagedaen auftritt, welche, nebenbei bemerkt, bei Weibern seltener beobachtet wird, dann ist die Sache allerdings sehr ernst, aber in der Regel ist, wie gesagt, das Leben nicht bedroht. Während der Periode der Frühformen ist

die Syphilis auch nicht das Leben gefährdend. Die mannigfachen, sichtbaren, das Leiden Anderen offenbarenden, mitunter sehr schmerzhaften Symptome schwinden meist unter einer zweckmässigen Behandlung und lassen im Allgemeinen keine Gefahr voraussehen. Nur drei Erscheinungen können um diese Zeit besorgniserregend werden: 1. die Augen-Affectionen, besonders die in der Tiefe ihren Sitz habenden; diese können zur Blindheit führen; 2. der Abortus bringt wohl dem Individuum nicht so viele Gefahren, aber er ist im kleinen Kreise der Familie ein Anlass zur Trauer und dem grossen Kreise der Gesellschaft eine Calamität; 3. die Ernährungsstörungen, das sind die gefährlichsten Erscheinungen der Syphilis in der Periode der Frühformen, und zwar aus zwei Gründen: erstens können sie zu einer andauernden Schwächung des Organismus führen und dann vermindern sie die Resistenz des Organismus gegen die Symptome der Syphilis, gegen anderweitige, den Patienten während des Verlaufes der Diathese befallende Krankheiten und gegen die Entwicklung krankhafter Keime. Aber diese verschiedenen Zufälle sind während jener Periode nicht häufig und können mit Erfolg durch die Therapie bekämpft werden. Endlich wird es nur ausnahmsweise vorkommen, dass sie die Existenz des Individuums für immer in Frage stellen.

§ 122. Es bleibt also nur die Periode der Spätformen als diejenige, welche wahrhafte Gefahren für den Kranken birgt; denn während ihres Verlaufes entwickeln sich ulceröse und destructive Erkrankungen, welche die Gewebe in der Tiefe ergreifen und zu unersetzbaren Verlusten, zu unheilbaren Verwüstungen, zu immerwährend andauernden Schwächungen führen. Während dieser verhängnisvollen Periode werden die Eingeweide des Kranken ergriffen und die wichtigsten Functionen des Körpers beeinträchtigt, so dass das Leben bedroht ist; Knochen, Muskeln, Hoden, Larynx, Lungen, Leber, Nieren, Herz, Hirn, Rückenmark u. s. w. können da erkrankt sein und nichts ist in dieser Periode gleichgiltig, das Unscheinbarste kann dem Patienten gefährlich werden, wenn es nicht behandelt wird, und bisweilen wird auch dann noch mancher Zustand der Kunst spotten. Man sieht demnach, dass die Prognose der Syphilis eigentlich auf eine Prognose der Periode der Spätformen zurückzuführen ist.

Zur Prognose der Frühformen an sich wird sich also, wie gezeigt, eine Prognose der Zukunft des Kranken, die viel wichtiger ist

und welche der Arzt bei der Entwerfung eines therapeutischen Plan berücksichtigen muss, gesellen.

Einen Leidenden von seinen syphilitischen Initial-Symptomen b freien, ist nicht von Bedeutung; die Frühformen beseitigen, ist der klein Theil dessen, was man ihm zu leisten hat; das Auftreten der Sp formen hintanhalten oder, falls dies unmöglich war, die vorhanden beseitigen, das ist der Zweck, den man anstreben soll. Im praktisch Leben ist also die Frage bezüglich der Prognose so zu stylisire „Wird der Kranke, welcher gerade Gegenstand der Behandlung ist, v Spätformen befallen werden, oder nicht?" Leider fehlen uns alle A haltspunkte für die Beantwortung dieser Frage. Man kann nur günsti oder ungünstige Vermuthungen aufstellen, mehr oder weniger fe begründete Hoffnungen hegen; aber mit Gewissheit eine An wort auf oben gestellte Frage zu geben, ist in keinem Fal möglich.

§ 123. Man hat wohl früher von gutartiger und bösartiger, sta ker und schwacher Syphilis gesprochen. Es ist wahr und geht auch zu Theil aus dem bereits Erörterten hervor, dass die Dyscrasie verschi dene Grade hat, verschieden bezüglich ihrer Symptome, Entwicklu und Wichtigkeit derselben. Es frägt sich: ist es möglich, die Lu eines Kranken so weit zu ergründen, dass man sie in eine der e wähnten Kategorien einreihen könnte? Man hat gesagt, das sei se leicht möglich. Das richte sich nach der Quelle der Ansteckung, na dem Charakter der primären Erkrankung, nach der Dauer der Zeit d Incubation, nach der Beschaffenheit der ersten Erscheinungen der Al gemeinerkrankung, nach der Anzahl, Beschaffenheit, Intensität der we teren Manifestationen der Diathese, nach dem Entwicklungsgrade gewiss anderer Symptome, z. B. der Adenopathie, Alopecie, Onychie u. s. So hat man geglaubt, dass die Syphilis eine leichte sei und dass s sich rasch erschöpfe, wenn die Quelle der Ansteckung eine Frühfor oder wenn der nach der Infection sich zeigende „Schanker" ein er siver, seine Induration eine geringfügige war; wenn die zuerst auftr tenden Ausschläge gutartig, die später auftretenden wenig zahlreich wa ren, nicht viele Efflorescenzen brachten und in langen Intervalle sich zeigten. Anderseits hielt man die Syphilis eines Kranken für schwe und lange andauernd, wenn die Quelle der Ansteckung ein „Schanker war, wenn die Incubation dieses pathologischen Productes eine kurz wenn der erworbene „Schanker" ulcerös und stark indurirt, wenn da

erste syph. Exanthem, welches den Kranken befiel, ein anderes war, als ein einfaches Erythem, wenn sich viele Ausschläge in kurzen Zeiträumen folgten, u. s. w.

Was ist nun von dem Gesagten zu halten? Gleich für den ersten Punkt ist zu bemerken, dass, wenn man den Ausspruch als ein Axiom hinstellen wollte, die einem „Schanker" entstammende Syphilis eines Kranken sei eine schwere, die einer Frühform entstammende sei eine leichte, dann müssten genau geführte statistische Tabellen von Fällen vorliegen, in denen man Notirungen über vorgenommene Confrontation und über genaue Beobachtung des stattgefundenen Verlaufes gemacht hat. Dieses Substrat fehlt aber vollständig. Also möglich ist es, dass die oben aufgestellten Behauptungen richtig seien, aber erwiesen sind sie nicht. Man wird darum keine Prognose auf die Kenntnis der Quelle der Ansteckung hin in einem gegebenen Falle machen können. Ebenso verhält es sich mit dem zweiten Punkte, dass die Syphilis eines Kranken, welche einem „Schanker" folgt, der bald nach einem inficirenden Coitus auftritt, eine schwere sei, und diejenige, welche im Gegentheile einem „Schanker" folgt, der **nicht** bald nach einem inficirenden Coitus auftritt, eine leichte sei. Dieses Dictum ist nur eine Hypothese, die noch obendrein keine feste Stütze hat und deshalb auch für die Prognose nicht verwendet werden kann. Der Versuch ferner, auf die Gutartigkeit oder Bösartigkeit der ersten einen Syphilitischen befallenden Exantheme eine Prognose zu basiren, wird von Niemandem gemacht werden, welcher weiss, dass die Lues in einem Falle oft unter sehr heftigen Erscheinungen beginnen kann und dass die Manifestationen allmälig an Intensität nachlassen und umgekehrt, dass in einem anderen Casus die ersten Exantheme geringfügig sein und später schwerere auftreten können. Auch den Umstand, dass zahlreiche intensive Symptome in kurzen Intervallen während der Periode der Frühformen aufeinanderfolgen, wird man bei Aufstellung einer Prognose nicht berücksichtigen, denn er beweist nur, dass man es mit einer im Augenblicke schweren Form der Dyscrasie zu thun hat, welche nachher von sehr leichten Spätformen gefolgt sein kann; oder diese können auch ganz ausbleiben. Und anderseits können die Frühformen geringfügig sein, nicht zahlreich, nicht rasch aufeinanderfolgend, und doch werden die Patienten von sehr ernsten Spätformen ergriffen. Schliesslich hat man sich auch auf die Be-

schaffenheit des „Schankers“ bei der Prognose der Syphilis gestützt, wi das schon erwähnt worden ist. Aber es ist eine unzuverlässige und mit unter gefährliche Weissagung aus dem Umstande, dass der „Schanker“ klein, wenig indurirt, gutartig und nichtssagend ist, eine leicht verlau fende Lues zu prophezeien. Der „Schanker“ ist absolut ohne Zusam menhang mit der grösseren oder geringeren Intensität des sich als sein Consequenz abwickelnden Processes. Wie man sieht, haben also all diese Zeichen, von denen man annahm, dass sie, weil ein gewisser Zu sammenhang zwischen Intensität der Vorgänger und Intensität der Nach folger bestehen müsse, einen Schluss auf die Prognose gestatten, in die ser Beziehung keine Bedeutung und die in einem gegebenen Augenblicke an einem Individuum wahrnehmbaren Ma nifestationen der Syphilis sind demnach kein Spiegel der Zukunft desselben, eine Behauptung, die für die Prax von grösster Wichtigkeit ist. Wenn die Syphilis eines Kranken wäh rend der Periode der Frühformen eine geringe Anzahl leichter Ma nifestationen producirt, fasst man Vertrauen und wird den Patienten vielleicht weniger energisch, weniger ausdauernd, weniger fleissig a. unter anderen Umständen behandeln, vielleicht wird man ihn nach de Beispiele Vieler gar nicht behandeln. Dieses kann zur Folge haben dass die Diathese nach vielen Jahren der Latenz plötzlich erwacht und zu sehr schweren Spätformen führt. Es darf also die momentane Gutartigkeit der Syphilis in einem gegebenen Falle den Arzt nicht in Sicherheit wiegen, denn es können später die schlimmsten Symptome auftreten, und solche Fälle sind nicht selten.

§ 124. Aus dem bisher Gesagten geht demnach hervor, dass wenn man Syphilis in der Periode der Initial- oder Früh formen zur Beobachtung bekommt, eine sichere Prog nose sich **nicht** stellen lässt. Was soll man nun in solchen Fäl len dem um seine Zukunft besorgten Patienten sagen? Folgendes: Die Syphilis ist eine ernste Erkrankung, welche durch eine sehr lange Zeit eine methodische Behandlung und fleissige Ueberwachung erheischt Wenn der Kranke einer entsprechenden Hygiene sich befleissigt und sich ausreichend behandelt, hat er Aussicht, sowohl jetzt als in Zu kunft nur von relativ leichten Manifestationen heimgesucht zu werden. Dies gilt, wenn er sonst gesund ist. Ist er dagegen schwach, zart, von lymphatischer Constitution, ist seine Hygiene nicht die beste, behandelt

er sich schlecht oder gar nicht, so wird die Diathese sich wahrscheinlich verschlimmern und in späterer oder früherer Zeit wird er das Opfer schwerer Manifestationen der Lues sein. Uebrigens ist das nur eine Beiläufigkeits-Prognose, denn wie das schon wiederholt angeführt worden ist, kann eine mit leichten Formen beginnende Syphilis zu schweren Formen führen, und umgekehrt

Die Erfahrung lehrt also, dass verschiedene Factoren, als: Einfluss der Therapie, das Allgemeinbefinden, die beobachtete Hygiene doch einigermassen eine Prognose erlauben. Was den Einfluss der Therapie anlangt, so wird später noch mehr ersichtlich werden. dass eine behandelte Syphilis von einer nicht behandelten wesentlich absticht. Die Therapie kann die Kraft des Virus schwächen. Ja, man muss sagen, dass die Syphilis eine jener Krankheiten ist, welche noch am meisten der Therapie zugänglich ist, welche noch am meisten durch die Therapie modificirt oder gar vollständig beseitigt werden kann, beseitigt, wenn auch nicht im Princip, so doch in einzelnen Erscheinungen, und das gilt nur noch von wenigen Erkrankungen. Wo gibt es denn z. B. heutzutage Krankheiten, welche so leicht der Behandlung weichen, wie die syphilitischen Neubildungen, welche sich so rasch verlieren, wie die Sarcocoele syphilitica; wo gibt es Knochenerkrankungen, Eingeweide-Erkrankungen, Lähmungen, welche so rasch schwinden, wie wenn diese Leiden syphilitischen Ursprungs sind u. s. w.?! Wie oft wünschen wir uns denn nicht, ein Leiden sei syphilitischen Ursprungs, damit wir ihm therapeutisch beikommen können?! Doch darf man den Einfluss der Therapie nicht allzusehr überschätzen. Es ist gar nicht nöthig, in dieser Beziehung darauf hinzuweisen, wie unwirksam z. B. eine spät eingeleitete Therapie — und leider wird sie oft spät eingeleitet — gegen die Producte abgelaufener Erkrankungen ist, dass Zerstörungen in den Geweben, Vernichtungen hystologischer Elemente durch die zweckmässigste Behandlung hinterher nicht gutgemacht werden können; dass besonders zarte Texturen, wie z. B. im Auge und Rückenmark, trotz rechtzeitiger Inanspruchnahme der bewährtesten Heilmittel oft nicht gerettet werden können. Häufig scheint die Therapie blos die Symptome zu beseitigen und das Wesen der Krankheit gar nicht zu beeinflussen. Endlich gibt es ja auch solche Individuen, welche trotz aller Medicamente nicht genesen, welche die Mittel nicht vertragen, oder von ihnen gar keine Einwirkung erfahren. Also dies Alles ist möglich und muss mit in Rechnung gebracht werden, wenn man eine

Prognose aufstellt. Ferner muss man auch zu diesem Behufe, wie gesagt, die gegenwärtige und die frühere Gesundheit des Kranken, von der Syphilis abgesehen, seine Resistenz gegen Noxen, die Hygiene, welche er beobachtet, seine Gewohnheiten, wo er lebt, etc. berücksichtigen. Die Persönlichkeit des Patienten spielt in Bezug auf die mächtigere oder weniger mächtige Entwicklung der Krankheit eine grosse Rolle.

Der sonstige Gesundheitszustand des Individuums hat einen wesentlichen Einfluss auf die Diathese. Junge, kräftige, robuste Constitutionen mit gesundem Magen, von gesunden Eltern, befriedigenden Antecedentien werden eine Prognose zulassen, die man in folgende Worte fassen kann: „Mit Hilfe der Hygiene und einer zweckmässigen Behandlung kann die Krankheit bei diesem Individuum einen guten Verlauf nehmen.“ Wenn man aber das Leiden an einem gebrechlichen, zarten, anämischen, lymphatischen, nervösen, schwachen, kranken Organismus wahrnimmt, an einem Individuum, dessen Gesundheit mehr oder weniger erschüttert ist, das durch Erblichkeit eine gewisse Prädisposition für andere Leiden besitzt, verdächtige Antecedentien hat, da ist man seiner Sache weniger, eigentlich gar nicht sicher und man thut gut, einen Verlauf schlimmster Art zu erwarten. Entweder, dass sich dann schwere, örtliche Manifestationen entwickeln oder sehr ernste Allgemeinerscheinungen, die zahlreich sind und sich lange hinziehen. Aus dem Gesagten folgt denn auch, dass *bei Weibern die Prognose immer schlechter ist, als bei Männern*, dass man bei Weibern das Auftreten nervöser und splanchnischer, ziemlich hartnäckiger und sehr ernster Manifestationen viel eher vorhersagen kann, als bei Männern. Chloranämie, allgemeine Schwäche, Cachexie sind Erscheinungen, welche besonders bei von Syphilis befallenen Weibern wahrgenommen werden. Das wäre, nebenbei bemerkt, der *Einfluss des Geschlechtes* auf die Prognose.

Auch das Alter hat einen gewissen Einfluss auf dieselbe. *An den beiden Lebensenden wird leicht die Syphilis ausarten*, besonders z. B. bei jungen Frauen oder vielmehr *bei Kindern*, welche in Folge von geschlechtlicher Ausartung frühreif geworden sind *und auch im späten Alter*. *Ricord* hat schon darauf aufmerksam gemacht, dass *die beste Prognose für die Syphilis an Individuen, welche sich in den ersten Jahren des mittleren Alters befinden, zu stellen sei.* — Auch der Ein-

fluss der Hygiene auf die Prognose ist zu berücksichtigen, z. B. das Regimen, die Getränke, die Bewegung, die Beschäftigung, der Schlaf, die Kleidung u. s. w. Einen bösartigen Verlauf nimmt z. B. die Syphilis bei Individuen, welche zur Zeit ihrer Erkrankung keiner guten Hygiene sich befleissigen und Schwelgereien mit anstrengenden Arbeiten welcher Art immer rasch abwechseln lassen; einen eben solchen Decursus hat sie bei Solchen, welche die Nacht zum Tage machen, welche ungenügend schlafen, keine Bewegung machen, schlecht oder zu wenig essen, sich häufig berauschen, ihre Tage in einer schlechten Athmosphäre, in Räumen ohne Luft und Licht verbringen, oder bei solchen, welche dem Elend, den Entbehrungen, Kummer und Sorgen ausgesetzt sind. Kurz, ganz anders und in der Regel günstiger wird die Syphilis des Reichen verlaufen, als die Syphilis des Armen.

Wenn man demnach alles das berücksichtigt, was im Vorhergehenden gesagt wurde, so kann man sich denn doch eine Beiläufigkeits-Prognose in einem gegebenen Falle erlauben, aber trotzdem wird manchmal die Syphilis dort einen schweren Verlauf nehmen, wo man einen leichten vermuthet hätte; und der Grund davon ist uns völlig unbekannt. Nur hypothetisch nimmt man an, dass er in der Intensität des übertragenen Giftes liegen kann. Ob eine solche Hypothese gerechtfertigt ist, kann Niemand zu behaupten wagen. Denn auch das sieht man, dass zwei Individuen aus einer Quelle sich inficiren, unter vollkommen gleichen Umständen sich fortwährend befinden, und dass bei dem einen die Anzahl der Manifestationen klein, die Formen gutartig sind und die Syphilis bald zu Ende zu sein scheint, während bei dem anderen eine Erscheinung die andere jagt und schwerer ist als die andere und kein Ende des Leidens abzusehen ist. Worauf eine solche Verschiedenheit beruht, ist vollkommen unbekannt. Man sieht also, dass die Prognose der Syphilis auf Berücksichtigung so vielfacher Umstände basirt und ein auf dieselbe gegründetes Urtheil so schwankend ist, dass man sagen muss, eine Prognose über die Syphilis eines Kranken zu stellen, gehört zu den schwersten Aufgaben, die der Arzt zu lösen hat.

Wenn also ein Kranker mit einem „Schanker“ zu uns kommt, so ist es absolut unmöglich, eine Prognose zu stellen, und das wird nicht ohne Grund hier wiederholt, weil sehr oft die Patienten mit einer diesbezüglichen Frage an den Arzt herantreten. Nicht einmal, wenn man schon Allgemeinerscheinungen an einem von der Dyscrasie Ergriffenen wahrnimmt, ist es möglich, ein

Urtheil über den weiteren Verlauf der Sache im Vorhinein zu fällen. Und weil von einer richtigen Prognose ja auch eine richtige, mehr oder weniger energische, mehr oder weniger andauernde Therapie abhängt, wird man dem im Vorhergehenden Erörterten seine volle Aufmerksamkeit zuwenden müssen.

III. CAPITEL.

Ueber Therapie der Syphilis im Allgemeinen, während der Periode der Frühformen insbesondere.

§ 125. Nicht nur den Aerzten, sondern auch sehr vielen Laien ist es bekannt, dass man seit Jahrhunderten gegen die Syphilis Quecksilber anwendet. Allein von Aerzten wie von Laien hört man oft die Frage aufwerfen: „Wie, in allen Zweigen der Medicin hat man besonders in den letzten Decennien Fortschritte gemacht, und nur in der Behandlung dieser Krankheit ist Alles beim Alten geblieben?!“ Die Einen sagen das aus Furcht vor dem Medicamente, um den Arzt zu bewegen, dass er es aufgebe; die Anderen sagen das, weil sie über so manchen Misserfolg bei der von jeher üblichen Therapie zu klagen und mit dem Vorurtheile des Publicums gegen dasselbe zu kämpfen haben. Beide vereint rufen sie: „Ihr, die Ihr euch das Studium der Syphilis und ihre Behandlung zur Lebensaufgabe gemacht habt, gebt uns ein anderes Medicament, als jenes aus der Rumpelkammer des Mittelalters überkommene, übel beleumundete, verhasste und perfide Quecksilber!“

Im Folgenden soll nun erörtert werden, ob diese Exclamationen berechtigt sind. Denn die Thatsache allein, dass ein Medicament seit Jahrhunderten angewendet wird, kann doch kein Grund sein, es schlechtweg zu verwerfen; sondern, wenn dies geschehen soll, muss man andere Gründe dafür vorbringen, und die Stichhältigkeit oder Nichtigkeit derselben wird im Nachstehenden erwogen.

Es ist zu diesem Behufe zunächst die Frage zu beantworten: kann der Mercur schaden? In medicamentösen Dosen verwendet, wie

man ihn heutzutage verabreicht und wie er seit jeher von nüchternen Beobachtern gebraucht worden ist, wird das Quecksilber den Patienten nie Nachtheil bringen.

Was man allenfalls von Mercur zu fürchten hat und zu fürchten pflegt, ist Stomatitis, gastrische Störungen und Ernährungsstörungen. Betrachten wir diese näher.

Es ist bekannt, dass das Quecksilber durch die Haut oder per os applicirt, eine mehr oder weniger heftige Reizung der Mundschleimhaut herbeiführt. Allein, wenn man diese Wirkung des Medicamentes überwacht, wenn man es in Formen oder in Dosen anwendet, welche die Gingiva weniger angreifen, und sollte dies nichts nützen, wenn man seinen Gebrauch rechtzeitig unterbricht: dann kann dieser Nachtheil nie zu einer Gefahr werden. Die Stomatitis mercurialis ist keine Krankheit, die von heute auf morgen den Patienten befällt; sie hat ihre Vorläufer, welche ihr Erscheinen ankündigen, einen prämonitorischen Reizungszustand, gegen den der Arzt Massregeln ergreifen kann. Man beseitigt einfach dann das Quecksilber in dem Momente, in welchem das Zahnfleisch etwas schwillt, und das genügt schon. Und wo das nicht ausreichen sollte, hilft man mit passenden, leicht adstringirenden, antiseptischen Mundwässern nach. Also sich auf die Stomatitis zu berufen, um den Gebrauch des Quecksilbers verwerfen zu können, ist sehr ungerechtfertigt.

Man hat ferner mit Recht behauptet, dass der Mercur vom Magen und Darmkanal zuweilen schlecht aufgenommen wird. Man beobachtet dies bei Frauen, besonders, wenn sie blond, zart, lymphatisch, zu Dyspepsieen geneigt, von träger Verdauung sind. Aber einerseits ist diese Intoleranz ziemlich selten. Andererseits kann man ihr vorbeugen, sie abschwächen und sogar mit Erfolg bekämpfen. Zu dem Ende braucht man nur die Dosen des Mittels der Reizbarkeit des Magens anzupassen und dem Quecksilber irgend ein Correctiv: Opium, Amara, Chinin etc. beizusetzen, oder die Art der Quecksilberdrogue zu wechseln. Wenn schliesslich der Verdauungstractus das Mittel gar nicht verträgt, so bleiben ja noch andere Applicationsmethoden (per anum, Frictionen, subcutane Injectionen). Also die Möglichkeit, dass der Mercur, innerlich gegeben, nicht vertragen wird, ist höchstens eine Contraindication gegen die Application per os, aber nicht eine gegen den Gebrauch des Mittels im Allgemeinen.

Es wurde auch vom Quecksilber behauptet, das Blut verarme durch seinen Einfluss an Fibrin, das Mittel mache chloranämisch, kurz es wirke denutritiv. Das Gesagte ist allerdings wahr, gilt aber nur, wenn man mit dem Medicamente Missbrauch treibt, wenn man die Dosen, die von demselben gegeben werden, ungebührlich hoch greift, wenn man es übermässig lange Zeit verwendet. Und da auch diese schädlichen Wirkungen nicht plötzlich auftreten, so hat man es in seiner Hand, bei Zeiten mit der Quantität, die dem Patienten vorgeschrieben wird, herabzugehen oder gar das Mittel ganz auszusetzen, Jod an seiner Stelle zu versuchen, durch Hygiene und Tonica den etwa entstandenen Schaden auf kürzestem Wege wieder gut zu machen. Und wie hat man diesen Schaden übertrieben! Wie verschwindend klein ist die Minorität der Fälle, in welchen er wahrgenommen wurde, gegenüber jener Majorität, in denen nichts von ihm beobachtet werden konnte, einer Majorität, der auch schwächliche Individuen beiderlei Geschlechts, sogar Kinder angehören! Ja noch mehr! Von Alters her ist die Thatsache bekannt, dass viele Individuen nach einer Einreibungscur geradezu prosperiren. — Also das oben Erwähnte wäre somit auch kein Einwand gegen den Gebrauch des Quecksilbers. Die von den Gegnern des Quecksilbers so oft vorgebrachte Schädlichkeit des Mercurs hat demnach nicht die Bedeutung, welche ihr von Jenen beigemessen wird. Ja, in den Händen Unwissender oder Unfähiger kann dies Medicament allerdings Schaden bringen, aber nur unter denselben Bedingungen und in demselben Grade, wie manches andere Mittel, wie z. B. Opium und Chinin, die wir darum doch um keinen Preis im Arzneischatze missen wollen.

§ 126. Die diesbezüglichen Erörterungen beweisen nur: das Quecksilber ist kein indifferentes Medicament, und was nicht indifferent ist, ist wirksam; es entsteht nun die Frage: ist diese Wirksamkeit speciell gegen Syphilis gerichtet? Die Antwort ist nicht leicht zu geben. Während einzelne Aerzte nicht müde werden, das Quecksilber als Specificum zu preisen, finden andere nicht genug Worte, die Hinfälligkeit dieser Behauptung darzuthun, und viele gehen noch weiter und beschuldigen das Medicament, die Syphilis zu verschlimmern, indem sich zu den Manifestationen derselben nach der Quecksilberbehandlung auch noch Symptome des Mercurialismus gesellen.

Um nun in diesen einander so sehr widersprechenden Angaben das Richtige zu finden, muss man sich folgende Frage stellen: „Wirkt

das Quecksilber blos gegen die Manifestationen der Syphilis oder auch gegen die Diathese? Unzweifelhaft ist durch die Erfahrung constatirt, dass die einzelnen Symptome der Syphilis unter Mercurialgebrauch schwinden. Man hat zwar von gegnerischer Seite behauptet, sie schwänden auch ohne jede Therapie. Das ist zuweilen richtig; aber sie brauchen, wie genaue und zahlreiche vergleichende Beobachtungen gelehrt haben, viel mehr Zeit dazu, wenn kein Quecksilber verwendet worden ist, als wie wenn dies der Fall war. Ausserdem aber hat es sich gezeigt, dass einzelne Krankheiten, die irrthümlicherweise eine Zeit lang für nicht syphilitisch gehalten wurden und jeder Therapie Widerstand leisteten, erst schwanden, als man die betreffenden Patienten einer Quecksilberbehandlung unterwarf. Dieses letztere Factum wiederholte und wiederholt sich zu oft, als dass man es lediglich auf einen Zufall zurückführen könnte. Denn man kann die Einwendung der Gegner nicht ernst nehmen, dass in den diesbezüglichen Fällen nach der Natur der Sache die Zeit des Bestehens der Symptome, an denen die betreffenden Kranken litten, um war, als das Quecksilber an die Reihe kam, weil merkwürdigerweise in derartigen Fällen diese Zeit jedesmal zufällig hätte abgelaufen sein müssen, gerade als der Kranke einer Mercurialcur unterworfen wurde. Da es also Krankheitsformen gibt, welche anderen Medicamenten nicht, wohl aber dem Quecksilber weichen, so folgt logischerweise daraus, dass dieses Mittel ein Specificum gegen jene Krankheitsformen sein müsse und da diese der Syphilis angehören, ergibt sich, dass der Mercur ein Specificum gegen einzelne Symptome der Syphilis ist.

Es ist nun der zweite Theil der Frage zu erörtern: „Ist das Quecksilber auch ein Mittel gegen die Diathese als solche, kann es die künftigen Manifestationen der Syphilis hintanhalten oder ihre Intensität verringern?“ Viele von Denen, welche nicht in die Reihe Jener sich stellen, die da behaupten, das Quecksilber sei gegen die Syphilis ganz wirkungslos, geben zu, dass der Mercur im Stande sei, einzelne Symptome zu bekämpfen, aber gegen die Diathese selbst vermöge er nichts. Sie sagen: Es ist wahr: einzelne Symptome der Diathese verschwinden nach dem Gebrauche des Quecksilbers, aber andere tauchen auf, also ein Palliativ gegen künftige Symptome, ein Gegengift gegen das Virus syphiliticum ist das Quecksilber nicht. — Nun, dem ist nicht so; a priori ist es schwer einzusehen, wie ein Medicament Symptome einer Krankheit bekämpfen solle

und gleichzeitig dabei gegen die Krankheit selbst ganz einflusslos bleibe. Aber es gibt einen viel schärferen Beweis für die Wirksamkeit des Mercurs gegen die Diathese, nämlich den, welcher durch den Unterschied des Verlaufes zwischen einer mit Quecksilber behandelten und nicht behandelten Lues geliefert wird. Die erstere ist eine gutartige. Die weit überwiegende Mehrzahl der diesbezüglichen Kranken, welche sich ernstlich behandeln, überstehen die Syphilis mit einer verhältnissmässig geringen Anzahl nicht allzu schwerer Symptome. Bekommen sie Syphilide, so sind dieselben meist oberflächlich und trocken (Roseola, papulöse, papulo-squamöse Syphilide); bekommen sie Schleimhaut-Syphilide, welche durch irgend einen örtlichen Reiz (wie z. B. die Milchflecke auf der Backenschleimhaut der Raucher) hervorgerufen werden, so haben diese Symptome kein anderes Verhalten bezüglich der Dauer, wie z. B. mehr oder weniger hartnäckige Aften; dann bemerkt man noch Adenopathien, vorübergehende Schmerzen, Kopfschmerzen, Gelenksschmerzen, ein Schütterwerden des Haares und andere dergleichen im Verhältnisse zu den möglichen schweren Erscheinungen viel leichtere Symptome. Ernstere Erscheinungen sind bei Solchen, die sich mit Mercur behandeln, selten. Daher kommt der grosse Unterschied, den wir zwischen den Kranken im Spital und den Kranken in der Privatpraxis wahrnehmen. Im Spitale, wo wir es mit vernachlässigten, jeder Hygiene baren, zuweilen gar keiner Behandlung, meist keiner anti-syphilitischen, besonders keiner mercuriellen unterworfen gewesenen Individuen zu thun haben, werden Patienten mit den schrecklichsten Formen aufgenommen In der Privatpraxis dagegen erscheint das Leiden viel gutartiger. Wo sieht man in der Privatpraxis bei Weibern z. B. jene enorm entwickelten Papeln an den Genitalien, wie sie bei Patienten der Kliniken so häufig beobachtet werden?! Natürlich gibt es auch Ausnahmen, und man wird auch in der Privatpraxis besonders bei Frauen, die aus irgend welchen Gründen sich nicht mit Quecksilber haben behandeln lassen, dieselben Erscheinungen in derselben hochgradigen Entwicklung beobachten können; ja in einer verschwindend kleinen Anzahl von Fällen sieht man trotz der sorgfältigsten Behandlung mit Mercur die Syphilis vielfache und schwere Manifestationen produciren. Aber das sind nur höchst seltene Ausnahmen, welche die Regel bestätigen. Die Kranken, die für gewöhnlich nicht Hilfe in Spitälern suchen, die eilen eben rasch bei dem ersten Auftreten des Uebels zum Arzte; sie begreifen die Nothwendigkeit einer Behandlung und sie unterziehen sich derselben, die

einen so weit, um die Intensität der Dyscrasie zu mildern, die anderen so weit, um dieselbe vollständig zu tilgen, während die Kranken, welche in die Spitäler kommen, das Uebel bis zum Aeussersten sich entwickeln lassen, und die Formen, die wir an ihnen sehen, sind das Ergebnis eines Complexes von Einflüssen, welche die Krankheit, die Nachlässigkeit, das Elend, der vollständige Mangel einer Hygiene und Behandlung geübt haben.

Wir haben oben gesehen, welchen Verlauf eine rechtzeitig und eine spät behandelte Syphilis nimmt; welchen nimmt eine gar nicht behandelte? — Antwort: Sie vervielfältigt ihre Erscheinungen, die allerorten mit aller möglichen Intensität sich entwickeln und mitunter zu lebensgefährlichen, häufig zu unheilbaren Krankheiten werden. Da entwickeln sich die Hautsyphilide, welche anfangs trocken sind, später feucht werden, eitern und ulceriren; dann zeigen sich viel häufiger die Schleimhaut-Syphilide; Drüsenerkrankungen entstehen, die zu den in früheren Abschnitten geschilderten strumösen Bubonen führen. Die Alopecie nimmt einen solchen Umfang an, dass der Schädel ganz kahl wird und auch an allen anderen Orten fallen die Haare aus. Ferner wird der Kranke von vielfältigen und heftigen Schmerzen: Kopfschmerzen, Neuralgien, Periostitiden, Myosalgien, Artralgien u. s. w. geplagt. Bei solchen Elenden entwickeln sich viel häufiger Iritis, Choroiditis, Retinitis, die zur Blindheit führen können. Oft kommt es zur Bildung der Sarcocele und zu consequentem Schwunde des Hodens; dann entwickeln sich noch die verschiedensten Nervenstörungen, Lähmungen; heftige Fieber treten auf; gastrische und intestinelle Erkrankungen, Ernährungsstörungen u. s. w. bahnen der Cachexie den Weg. Dann, während der Periode der Spätformen, entwickeln sich die tiefgreifenden, die pustulo-crustösen, die ulcero-tuberculösen, phagedänischen Syphilide, Gummata, welche zur Ulceration oder Destruction der Organe führen, Exostosen, Caries, Necrose, Erkrankungen des Gehirns und Rückenmarkes, in Folge derselben Hämiplegien, Paraplegien, Störungen der Intelligenz. Alle diese Zustände können unheilbar werden oder den Tod herbeiführen, denn nebstbei zeigen sich noch, wie das alles ja bereits erörtert wurde, in den verschiedenen Eingeweiden Erkrankungen, die sehr gefährlich sind, von dem Abortus und der Frühgeburt zu schweigen. Das sind übrigens auch die Folgen der von so Vielen gepriesenen exspectativen Methode bei Behandlung der Syphilis. Wenn also das Quecksilber im Stande ist, diesen Folgen vorzubeugen, was es auch fast mit

Regelmässigkeit thut, dann muss wohl das Mittel eine Einwirkung auf die Diathese als solche haben; dann kommt man zu dem Schlusse, das Quecksilber wirkt nicht blos gegen die Symptome der Syphilis, sondern auch gegen die Dyscrasie als solche, und wenn man an dem vorher Aufgezählten noch so viel mäkelt, eines muss man zugestehen, dass, wenn der Mercur auch nicht im Stande sein sollte, die Diathese vollkommen zu tilgen, so vermag er doch dahin zu wirken, dass die später auftretenden Erscheinungen nicht jene horrende Intensität annehmen, wie sie in dem oben aufgerollten Bilde geschildert wurde. Der Einwand der Gegner, dass der Mercur die Recidiven sogar ein- und derselben Manifestation der Lues nicht verhindere, kann von der Anwendung desselben nicht abhalten, denn man wird nicht verlangen, dass das Quecksilber mit Einem Male die ganze Diathese beseitige, sondern es kann dies nur das Resultat allmäliger, langsamer, schrittweiser Einwirkung, das Ergebnis einer lange Zeit fortgesetzten Behandlung sein und die Recidiven, welche nach einer solchen auftreten, sind gewissermassen als die letzten Glieder in der Kette der Erscheinungen anzusehen, welche die behandelten Individuen befallen. Diese letzten Glieder werden erfahrungsgemäss immer schwächer und ihre Intensität immer ungefährlicher, und während der Kranke vielleicht früher von bösartigen Symptomen geplagt war, werden nach stattgefundener Behandlung gutartige Symptome auftreten. Der Kranke, der sich selbst überlassen, im Verlaufe des Leidens zu einer gewissen Zeit, z. B. von tiefgreifenden und eiternden Syphiliden ergriffen worden wäre, wird vielleicht nur von oberflächlichen und trockenen befallen werden. Diese Syphilide sind dann noch ausserdem auf gewisse Grenzen beschränkt, nicht zahlreich, mit wenigen, schwach ausgeprägten Eruptionen. Oft sind es nur isolirte Schleimhaut-Syphilide. Kurz, es sind eben leichtere, unbedeutende Erkrankungen, die sich, man möchte sagen, als Abortiv-Erscheinungen auffassen lassen und durch ihren Charakter Zeugnis dafür ablegen, dass die Diathese an Kraft verloren hat. Man hat ferner behauptet, das Quecksilber verhindere nicht, dass nach einem verschieden langen Zeitraume verschiedene und selbst schwere Symptome der Syphilis auftreten. Das ist zuweilen wahr, unzweifelhaft wahr. Es gibt Kranke, bei denen die sorgfältigste und lange Zeit ausgedehnte Behandlung nicht die Entwicklung weiterer Symptome hintanhält. Aber abgesehen davon,

dass das sehr selten ist, wird bei genauer Untersuchung der diesbezüg-lichen Fälle in der weit überwiegenden Mehrzahl derselben sich ergeben, dass nur eine unzulängliche Behandlung stattgefunden hat.

Und selbst zugegeben, dass das Gegentheil des Letzteren immer der Fall gewesen wäre, zugegeben, dass obiger Ausspruch von der unzulänglichen Behandlung eine Hinterthüre sei, wie die Gegner des Quecksilbers behaupten, wird man ein Mittel verwerfen, welches in der Mehrzahl der Fälle hilft, weil es in einer kleinen Minorität derselben nicht seine Schuldigkeit thut? — Nach dieser Erörterung ergibt sich nun die Antwort auf die Frage, ob Quecksilber ein Specificum gegen die Syphilis sei, von selbst. Sie lautet: „Das Quecksilber ist in der Mehrzahl der Fälle heilsam; nur ausnahmsweise versagt es. Ja, es gibt Fälle, in denen die Krankheit ungeachtet der sorgfältigsten und ausgiebigsten Mercurialcur ihren Verlauf nimmt, als ob mit dem Patienten nichts geschehen wäre, wo zahlreiche und häufige Manifestationen der Syphilis auftreten, schliesslich Visceral-Erscheinungen der schwersten Art sich entwickeln trotz der Mercurial-Behandlung, aber diese Fälle sind eben sehr seltene Ausnahmen, welche den Ausspruch, dass das Quecksilber ein Specificum sei, nicht umstossen. Und schliesslich, haben wir denn neben jenem Metall noch ein Mittel, welches dasselbe leistet? Nicht einmal das Jod-Kali ist im Stande, es vollkommen zu ersetzen; es kann nur die Wirkung des Mercur unterstützen, so dass wir gar keine Wahl haben, als die, entweder exspectativ zu verfahren, und — welches traurige Ergebniss dieses hat, haben wir gesehen — oder das Quecksilber anzuwenden.

§ 127. Hat man sich nun überzeugt, dass man bei Syphilitischen das Quecksilber anwenden muss, so muss man immer über die Applications-Methode dieses Mittels mit sich zu Rathe gehen, wobei als oberster Grundsatz gilt, dass es keine in allen Fällen passende Methode gibt, die immer und unbedingt vor allen anderen den Vorzug verdient. Im Gegentheile ist die richtige Wahl der zweckmässigen Anwendungsweise abhängig von der Individualität des Kranken, von der Beschaffenheit des zu behandelnden Falles und von einer Menge mannigfaltiger Umstände, die man oft gar nicht vorhersehen kann. Nur diejenige Methode ist gut, von der man sich im gegebenen Falle durch die Erfahrung überzeugt hat, dass

sie der Patient verträgt und dass sie einen heilenden Einfluss auf die krankhaften Erscheinungen ausübt. Mit Bestimmtheit a priori zu sagen, welche Methode dies in einem gegebenen Falle sei, das ist unmöglich. Wer also das Interesse seines Kranken im Auge hat, wird nicht mit Voreingenommenheit an die Behandlung desselben herantreten, oder irgend einen unter allen Umständen festzuhaltenden Plan früher fassen, sondern er muss bereit sein, seine Vorurtheile dem Besten des Patienten zu opfern und diese oder jene Lieblingsmethode augenblicklich aufzugeben, sobald sie dem Kranken keinen Vortheil oder gar Nachtheil bringt.

Es sollen nun die verschiedenen Methoden der Application des Quecksilbers, ohne zu sehr ins Detail zu gehen, beleuchtet werden.

§ 128. Am ältesten und bis heute am gebräuchlichsten ist die Einreibungscur. Sie ist die energischeste, sicherste und am schnellsten wirkende Applications-Methode des Quecksilbers. Darüber herrscht nur ein Urtheil. Aber sie hat ihre Unzukömmlichkeiten. Sie ist ein schmutziges, unreines, die Wäsche ruinirendes, den Kranken widerwärtiges Verfahren. Letzteres gilt besonders von den Patienten der besseren Stände und da wieder namentlich von den Frauen. Ferner tritt bei der Einreibungscur auch häufiger und leichter Stomatitis ein, als bei anderen Behandlungsmethoden. Man kann noch so vorsichtig sein, es kommt doch manchmal zur Hyperaemie und Schwellung des Zahnfleisches, zu unangenehmen und schmerzhaften Zuständen in der Mundhöhle. Dann muss die Cur unterbrochen oder das Mittel für mehr oder minder lange Zeit ausgesetzt werden, während die Krankheit weitere Fortschritte macht. Man wird also bei dieser Methode sehr vorsichtig sein und dieselbe nur massvoll in Anwendung bringen. Der Kranke wird z. B., wenn es der Fall erheischt, nur jeden 2. Tag einreiben und nur 1—2 Drachmen grauer Salbe täglich verwenden. Oder er wird an 3 hintereinander folgenden Tagen einreiben und dann eine 2—3tägige Pause machen. Zugleich wird er Chlorkali innerlich nehmen und mit Chlorkali-Lösung gurgeln. Es wird sorgfältige Pflege des Mundes angeordnet, dieselbe vom Arzte überwacht werden und bei der leisesten pathologischen Veränderung des Zahnfleisches wird der Patient die Einreibungen unterbrechen müssen. Und trotz aller dieser Vorsicht wird man oft einer Stomatitis nicht ausweichen. Die verschiedenen Individuen verhalten sich in dieser Beziehung sehr verschieden und in jedem einzelnen Falle wird erst dieses Verhalten durch den Versuch festge-

stellt werden können. Daher mache man es sich zur Regel, bei Einreibungen immer nur mit kleinen Dosen zu beginne und erst nachdem die Empfänglichkeit des Kranken ge prüft wurde, mit denselben zu steigen. Fournier möcht aus den angeführten Gründen die Einreibungen nur für solche Fäll reservirt wissen, in denen es sich 1. um schnelle und sichere Wirkun wegen der Gefährlichkeit der vorhandenen Symptome handelt; 2. i denen die Erscheinungen einer anderen Applications-Methode Wider stand leisten; 3. in denen das Quecksilber vom Magen nicht vertrage wird. Aus diesen Gründen empfiehlt er die Frictionen auch als da zweckmässigste Verfahren gegen die Spätformen der Diathese (in welche Fällen von Anderen das Jodkali so gepriesen wird. Auch ist zu bemerke dass von den meisten Autoren die Schmiercur nicht auf so wenig Indicationen, wie die aufgezählten, restringirt wird). Gegen die Spät formen der Syphilis werden Einreibungen häufig im Vereine mit Jo kali das einzig Wirksame sein, um manchmal den Kranken sogar a Lebensgefahr zu befreien. Denn nur von den Einreibungen, nicht ei mal von der Einführung des Quecksilbers per os, lassen sich die volle raschen Wirkungen des Mercurs erwarten, auf die es so häufig in de vorgeschrittenen Fällen der Dyscrasie ankommt. Vergebens hofft a einen günstigen Ausgang, wer ähnliche Resultate in einzelnen Fälle durch ein hartnäckiges Beharren bei einem anderen Verfahren als di Frictionsmethode oder einem anderen Mittel zu erzwingen glaubt.

§ 129. Eine andere äusserliche Applicationsmethode:

Die subcutanen Quecksilber-Injectionen sind noch imme Gegenstand allseitiger Prüfung, und es verlauten die widersprechendste Urtheile über ihren Werth. So viel lässt sich heute schon absehe dass sie die Einreibungen eben so wenig verdrängen werden, wie di Application per os es thut, denn sie entsprechen durchaus nicht alle Erwartungen, die man von ihnen gehegt hat. Schon dass sie die täg liche oder oft täglich zweimalige Intervention des Arztes erheische macht sie nicht allgemein ausführbar, aber sie haben noch viel eingrei fendere Unzukömmlichkeiten. Es werden durch sie Abscesse, Narben ode zum mindesten (selbst bei vollendeter Technik und bei der Verwendun der zweckmässigsten Instrumente) schmerzhafte, bis nussgrosse und übe nussgrosse Indurationen an den Injectionsstellen erzeugt, die wochenlan bestehen und eine Empfindlichkeit zurücklassen, durch welche die Kran ken im Gebrauche der Extremitäten gehindert werden, falls die Ein

spritzungen an diesen gemacht wurden, oder nicht auf der Seite oder auf dem Rücken liegen können, falls die Flanken oder der letztere zur Injection benützt wurden. Bei den verschiedenen Gewohnheiten, welche die Patienten bezüglich des Einnehmens irgend einer Lage beim Schlafen haben, kann der Schlaf beeinträchtigt werden und der erwähnte Uebelstand sowie der Schmerz, welcher immer bei jeder Injection auftritt (meist wählt man hiezu ein Aetzmittel, den Sublimat), macht, dass die Kranken zuweilen sich weigern, dies Verfahren bis zum Abschlusse der Cur an sich vollziehen zu lassen. Immerhin bleibt diese Methode trotzdem eine werthvolle Bereicherung der Quecksilber-Therapie; in gewissen Fällen, in denen man aus allerlei Gründen nicht einreiben lassen und den Mercur nicht innerlich geben kann, werden jene Einspritzungen mit vielem Vortheile benützt werden.

§ 130. Es bleibt nun noch, wenn man von der nur in einzelnen Ländern häufiger üblichen Methode der Räucherungen mit Quecksilber-Präparaten und von den nur in Ausnahmsfällen und bei Kindern gebrauchten Mercurialbädern absieht, die Methode der Application des Quecksilbers per os zu besprechen. Diese Methode ist sehr einfach, sie wird von den Kranken meist sehr leicht ertragen und hat den Vortheil, dass sie für das Zahnfleisch nicht so gefährlich ist, wie die anderen bisher erwähnten Gebrauchsarten und schliesslich liefert sie auch sehr günstige Resultate. Man hat zahlreiche Präparate, die da angewendet werden. Von allen diesen ist der Sublimat und das Protojoduret am wichtigsten, weil am üblichsten. Der Sublimat ist besonders seit van Swieten allgemein bei der Behandlung Syphilitischer im Gebrauch, und man muss sagen, dass er ein sehr wirksames Medicament ist. Leider wird er von den Kranken nicht sehr gut vertragen und das gilt namentlich von den Weibern. Er hat einen widerlichen, bitteren Geschmack, und wenn man, um dem auszuweichen, das Mittel in Pillenform gibt, so hat das wieder andere Unzukömmlichkeiten. In allen Fällen aber treten bei längerem Gebrauche, wie er bei der Behandlung Syphilitischer nothwendig ist, Magenbeschwerden, Magenschmerzen, Magenkrämpfe, Koliken, Zwicken auf, und die Kranken leiden in Folge der Anwendung dieses Mittels häufig längere Zeit an Dyspepsien und Gastralgien. Wenn man, um diesem Uebelstande auszuweichen, ihn besonders zum Gebrauch für Weiber mit Opium gleichzeitig gibt, so entsteht bei jenen, die ja ohnehin zu Obstipationen geneigt sind, noch mehr Stuhlverstopfung, die Weiber achten dessen nicht, der Koth sammelt

sich in festen Ballen an, die Kothentleerung erfolgt nur äusserst mühsam, die Schleimhaut des Afters wird eingerissen und es entstehen Fissuren, welche oft Monate lang hartnäckig jeder Behandlung trotzen Bei Männern hat man mit solchen Inconvenienzen weniger zu kämpfen.

Das Protojoduretum hydrargyri, ein Medicament, von dem man gehofft hat, dass es die Vortheile des Jod mit den Vortheilen des Quecksilbers vereinen wird, hat in seinen physiologischen und therapeutischen Wirkungen grosse Aehnlichkeit mit dem vorhergehenden. Doch wird es leichter vom Magen vertragen, erheischt aber auch den Zusatz des gleichen Quantums von Opium und wird in Pillen gegeben. Man verabreicht es gewöhnlich in Dosen von $^1/_{16}$—$^1/_8$ Gran pro die, aber es gibt keine fixe Regel über die Grösse der Dosis, sondern diese richtet sich jedesmal nach der Individualität des Kranken, nach dem, wie es vom Magen vertragen wird, und das ist bei verschiedenen Individuen sehr verschieden. Auch die Einwirkung auf die Mundschleimhaut ist da zu berücksichtigen. In letzter Instanz entscheidet über die Grösse der Dosis der therapeutische Effect, und diejenige ist entsprechend, welche einen solchen aufzuweisen hat, und man braucht nicht über sie hinauszugehen, selbst wenn sie das normale Mittelmass nicht erreichen sollte. Sowie man aber nach längerem Gebrauche merkt, dass man mit einer Gabe keine Besserung erzielt, muss man den Versuch machen, die Dosis, wenn nöthig, auch über die gewöhnliche Grösse zu steigern, um zu sehen, ob eine höhere Dosis vertragen werden kann und gegenüber dem Leiden mehr leistet. Auch in dieser Beziehung herrscht bei verschiedenen Individuen grosse Verschiedenheit. Nur halte man sich vor Augen, nicht zu furchtsam zu sein und wenn man mit einer kleinen Dosis nichts richtet, allerdings vorsichtig, daher allmälig zu einer grösseren überzugehen. Die vom Magen vertragene Dosis und die wirksame lassen sich in jedem einzelnen Falle nur durch Versuche ermitteln, und da gibt es keine Bestimmung a priori. Der Wichtigkeit halber sei also nochmals darauf hingewiesen, dass drei Umstände auf die Quantität des täglich anzuwendenden Protojoduretum hydrargiri Einfluss nehmen, nämlich das Verhalten des Magens, das Verhalten der Mundschleimhaut und das Verhalten der zu bekämpfenden Symptome.

Selten tritt glücklicherweise der Fall ein, dass der Kranke die Dosis, welche er eigentlich zur Bekämpfung der Symptome, mit denen er behaftet ist, braucht, nicht verträgt. Wenn dieser seltene Fall aber doch eintritt, wie umschifft man dann diese Klippe? Bald wechselt man

die Methode der Application, bald wechselt man das Präparat, ein andermal gibt man zum Quecksilber eine Quantität Opium, oder man verwendet das Mittel blos in Intervallen, oder man versetzt es mit Eiweiss u. s. w.

Die Application per os ist weniger wirksam als die Einreibungen, sie wirkt auch viel langsamer, aber sie ist einfacher, bequemer, angenehmer, ist bei den Kranken beliebter, wirkt weniger deletär auf das Zahnfleisch und empfiehlt sich aus diesem Grunde immer als diejenige Methode, mit welcher man, nach Fournier's Ansicht, den Anfang der Quecksilberbehandlung machen soll.

§ 131. Nun bleibt aber noch die sehr wichtige Frage zu erörtern, wie lange soll die Behandlung der Syphilis dauern? Diese Frage ist von verschiedenen Autoren in verschiedener Weise beantwortet worden, und keine Antwort befriedigt in allen Fällen. Fournier ist der Ansicht, zu einer effectvollen Quecksilberbehandlung sei nothwendig, dass man das Mittel möglichst lange gebrauche, viel länger, als es sonst üblich ist. Gewöhnlich wird der Kranke, wenn man die Syphilis bei ihm entdeckt, einige Wochen, circa 3 bis 4 Monate, behandelt, die Symptome schwinden, neue treten nicht auf, man glaubt, der Kranke sei geheilt und es geschieht nichts weiter. Da auf einmal erscheinen schwere, manchmal sogar gefährliche Symptome, die noch zuweilen das an sich haben, dass sie Manifestationen anderer Dyscrasien ähnlich sind und gar nicht für der Syphilis angehörige gehalten werden. Der Kranke erfährt keine entsprechende Behandlung, und das Ende davon kann eine Katastrophe sein. Ja, eine noch so fleissige Mercurialisation von fünf- oder sechsmonatlicher Dauer ist nicht hinreichend, um die Diathese vollständig zu tilgen und die oben angeführten Gefahren zu vermeiden. Andererseits aber wird das lange Zeit gebrauchte Quecksilber seine Wirksamkeit in auffallender Weise verlieren. Man findet ja Aehnliches auch bei anderen Medicamenten, und es gibt sogar einen directen Beweis dafür. Nämlich folgenden: Ein Kranker wird wegen irgend eines Symptomes behandelt, das Symptom bessert sich, man setzt die Behandlung in gleicher Weise fort und das Symptom bleibt auf dem Grade der Besserung stehen, den es eben erreicht hat. Nachdem man gesehen, dass man bei dieser Dosis nichts mehr richtet, vermehrt man die Gabe des Medicamentes und nun erst macht die Heilung des Behandelten weitere Fortschritte. Ein anderes Factum: Während der Behandlung irgend eines Symptomes treten neue Manife-

stationen der Dyscrasie auf und man fährt mit der eingeschlagenen Behandlung fort. Was geschieht? Diese neuen Symptome ändern sich nur sehr langsam, mit einem Worte, in unbefriedigender Weise. Manchmal ändern sie sich gar nicht, trotzdem man die Quantität des Medicamentes vermehrt. Was thut man in solchen Fällen? Man setzt durch einige Wochen mit dem Mittel aus; dann nimmt man die Behandlung in derselben Form und derselben Dosis wie früher wieder auf. Und mit dem Mittel, das früher keine Wirkung hatte, erzielt man nun die überraschendsten Erfolge. Da muss man doch schliessen, dass sich der Organismus an das Medicament gewöhnt hat und dass hiedurch seine therapeutische Wirksamkeit vermindert oder ganz aufgehoben wurde. Man sieht demnach, dass *zu lange fortgesetzte mercurielle Behandlung nicht immer von günstigem Einfluss ist*, und dass z. B. eine sechsmonatliche ununterbrochene Quecksilberbehandlung weniger leistet, als eine sechsmonatliche Behandlung, die aber durch Intervalle, in denen das Quecksilber nicht gebraucht wurde, unterbrochen ward. Aus diesen Facten ergibt sich, nach *Fournier*, dass jene Behandlung die wirksamste ist, bei der auf jedes Stadium der Behandlung ein Stadium der Ruhe folgt, in welchem letzteren der Organismus gewissermassen die Gleichgiltigkeit gegen das Quecksilber, die er angenommen hat, wieder verliert. Wenn man auf diese Art vorgeht, so erlangt man, dass das Quecksilber während der ganzen Zeit, während welcher man es anwendet, seine volle Wirksamkeit behält. Wie lange nun in jedem einzelnen Falle das Stadium der Anwendung und jenes der Ruhe sein soll, das lässt sich im Vorhinein nicht bestimmen, das muss eben erst der Verlauf lehren. Bei *einem* Kranken wird man bei gleich langen Terminen der Behandlung die Intervalle grösser, bei einem anderen wird man sie kleiner machen. In *einem* Falle wird man die Pausen so gross machen, wie die Dauer der Behandlung, in einem anderen wird man die letzteren grösser oder kleiner machen müssen, als die ersteren. Das richtet sich eben nach der Intensität der Krankheit, je nachdem der Kranke das Mittel verträgt, nach der Häufigkeit und dem Charakter der Recidiven, nach der Periode der Diathese, in der man den Patienten zur Behandlung bekommt, und nach einer Menge anderer Umstände, die sich gar nicht voraussehen lassen. Es scheint sich aber erfahrungsgemäss bewährt zu haben, dass man im Beginne der Medication die Stadien der Behandlung so viel wie möglich einander nähere und im weiteren Verlaufe die Intervalle grösser werden

lasse. Es sollen also die ersten Intervalle 6 bis 8 Tage betragen, später aber kann man sie, ohne Furcht, einen Nachtheil davon zu erfahren, auf 2—3 Monate ausdehnen und noch später können sie sogar 5 bis 6 Monate betragen.

Diese Methode der successiven Behandlung hat aber ausserdem, dass man den Körper bei seiner Empfänglichkeit gegen Quecksilber erhält, auch noch den Vortheil, dass man den Kranken einer lange Zeit fortgesetzten Mercurialbehandlung unterwirft. Der Patient wird durch diese Methode nicht fatiguirt und ist eher geneigt, sich ihr zu unterwerfen, als einer anderen, lange dauernden. Das Mittel wird auch durch diese lange Zeit unter der Beobachtung der oben vorgeschriebenen Vorsichtsmassregeln leicht vertragen. Noch einmal sei es gesagt, wenn man einen Effect von dem Quecksilber nicht blos für die nächste Zeit nach der Behandlung, sondern auch für die Zukunft haben will, dann muss die Behandlung sehr lange dauern. Wie lange? — lässt sich durch eine allgemeine Regel nicht fixiren, sondern das ist in jedem einzelnen Falle eben verschieden; das richtet sich nach den Formen der Krankheit, ihrem Widerstande gegen die Behandlung, nach der Häufigkeit und dem Charakter der Nachschübe, der allgemeinen Entwicklung der Diathese u. s. w. Ein Kranker wird demgemäss eine lange Behandlung, ein anderer eine kurze erfordern. Die Methode, welche Fournier vorschlägt, kann über eine Dauer von 2 Jahren ausgedehnt werden, d. h. der Kranke soll nicht durch 2 Jahre in einem fort behandelt werden, sondern die Zeit der Behandlung beträgt höchstens 10 Monate und die Summe der Intervalle beträgt vielleicht 14 Monate. Dieser lange Zeitraum wird nicht überraschen, denn eine chronische Krankheit erfordert eben eine chronische Behandlung. Die meisten Diathesen erfordern ja eine gleich lange und viele von ihnen sogar eine längere Behandlung als die Syphilis. Fournier ist auch der Ansicht, dass zur mercuriellen die Jodbehandlung hinzugefügt werden soll. Während einer gewissen Periode der Syphilis leistet die Jodbehandlung äusserst Wirksames und das soll nach seiner Erfahrung das Ende des ersten Jahres sein. (Es gehen eben die Ansichten der verschiedenen Autoren in diesem Punkte sehr auseinander.) Für sehr nützlich erachtet Fournier das Jod im zweiten Jahre des Bestehens der Diathese und für unumgänglich nothwendig im Vereine mit Quecksilber oder abwechselnd mit ihm, aber immer nach einer Quecksilberbehandlung, sei es im drit-

ten Jahre, ob nun zur Behandlung von Spätformen oder als Präserv tiv gegen dieselben (als Antisyphiliticum im engsten Sinne).

Recapituliren wir nun: Die Vortheile der successiven unterbr chenen Behandlung sind, dass sich die Kranken leichter zu ihr verst hen, als zu einer ununterbrochenen, dass sie vom Organismus leicht vertragen wird, dass dem Quecksilber seine Wirksamkeit während d ganzen Dauer der Anwendung gewahrt wird, dass sie, ohne Unzukömı lichkeiten zu veranlassen, gestattet, den Gebrauch des Mittels se lange, so lange als nothwendig ist, fortzusetzen, und dass sie überhau alle Vortheile des Mittels dem Kranken zuwendet und ihn dabei v den Nachtheilen ausgiebiger Anwendung möglichst bewahrt. Unfehlb ist diese Methode natürlich eben so wenig wie eine andere, und es wi Fälle geben, die trotz ihr nicht zur Heilung gebracht werden könne aber im Vergleiche mit den anderen Methoden dürften diese Fälle nic zu zahlreich sein.

§ 132. Es ist noch die Frage zu erörtern, wann ist es a erfolgreichsten, die Behandlung der Syphilis zu begi nen? Die Antwort ist: So früh wie möglich; je früher, de rascher wird der günstige Einfluss auf die Diathese, den wir erwart eintreten. Die Erfahrung hat gelehrt, dass eine zeitlich behandelte Syphi im Allgemeinen, seltene Fälle ausgenommen, was ihre früher sich zeige den Symptome anlangt, gutartig verlauft und dass ihre späteren M nifestationen nicht so gefährlich sind. Eine spät behandelte Syphi dagegen leistet der Therapie mehr Widerstand, ihre Symptome si ernster, häufiger, weniger leicht zu behandeln und gefährlicher. We man eine Syphilis ganz vom Beginne an behandelt, so kann man se oft dem Kranken ernstere Frühformen ersparen und das Auftreten v Spätformen vielleicht ganz hintanhalten. Ist man aber erst lange Z nach der Infection zu Hilfe gerufen worden, etwa, wenn schon c Spätformen in voller Entwicklung sind, dann findet man die Krankh nicht so geneigt, der Therapie zu weichen. Also, wenn man c Wahl hat, behandle man so früh als möglich. (Andere Autoren si wieder der Ansicht, dass man nicht zu früh zum Quecksilber grei um eben den Kranken nicht zu frühzeitig gegen die Einwirkung die Mittels abzustumpfen und dann machtlos den mit aller Kraft auftrete den Erscheinungen gegenüberzustehen.)

§ 133. Es genügt aber nicht, einen Syphilitischen gegen c Diathese blos mit Quecksilber oder mit Jod-Kali zu behandeln, m

muss auch auf seinen übrigen Gesundheitszustand Rücksicht nehmen, seine Constitution, seinen Kräftezustand überwachen, auf die verschiedenen Zufälle, die da auftreten können, sein Augenmerk richten und allen aus dem Gesagten erwachsenden Indicationen gerecht werden. Daher werden die unterstützenden Medicamente mit der specifischen Behandlung vereint wirken müssen. Besonders bei Weibern haben diese unterstützenden Medicamente eine hohe Bedeutung. Es ist wiederholt gesagt worden, dass die Syphilis auf das Weib ganz anders, viel tiefer greifend wirkt, als auf den Mann. Viel häufiger als beim Manne werden beim Weibe die Functionen der Verdauung, der Circulation, der Assimilation, der Innervation durch die Syphilis beeinträchtigt. Viel häufiger treten, wie ausführlich erörtert wurde, beim Weibe splanchnische Erscheinungen in Folge von Syphilis auf. Beim Weibe insbesondere führt die Syphilis zur Anämie, Asthenie, zum Kräfteverluste, zur Abmagerung, Mattigkeit, sogar zu solchen Störungen, die das Leben bedrohen können. Selbstverständlich ist das nicht bei allen Weibern der Fall. Aber darum erfordert die Behandlung des Gesundheitszustandes des Weibes nebst der Behandlung der Syphilis die besondere Aufmerksamkeit des Arztes. Sie erfordert, dass man der Hygiene der Patienten sein Augenmerk zuwende; dass man sich über ihre Lebensgewohnheiten, ihr Regimen, ihre Beschäftigung, über die Zeit, die sie der körperlichen Bewegung, dem Schlafe widmen, unterrichte; dass man die Kranken aufmerksam mache, sich einer zweckmässigen Hygiene und einer regelmässigen Lebensweise zu befleissigen, dass man ihnen eine tonische Nahrung, in welcher besonders Fleisch und Wein obenan stehen, tägliche Bewegung und eine hinreichend lange Schlafenszeit u. s. w. empfehle. Man wird auch von tonischen Medicamenten Gebrauch machen müssen, in erster Linie vom Eisen, welches so wirksam für die Bekämpfung der Chloranämie, der Asthenie etc. ist, Erscheinungen, die, wie gesagt, beim Weibe so häufig auftreten. Man wird Gebrauch machen vom Chinin, von bitteren Mitteln, vom Leberthran, von stimulirenden Bädern und von Bädern, welche die Circulation in den Capillaren anregen, als von künstlichen Salzbädern, Schwefelbädern, ferner von Schwefelwässern, von kalten Douchen und der Hydrotherapie, schliesslich von Seebädern; man wird den Kranken den Aufenthalt an der Küste und auf dem Lande empfehlen u. s. w. Diese Medicationen sind oft unerlässlich, wenn die specifische Behandlung einen Erfolg haben soll. Nach einer auf den ausgeführten

Lehrmeinungen beruhenden, entsprechend langen Behandlung hat der Kranke die höchstmögliche Wahrscheinlichkeit, sowohl für die Gegenwart, als für die Zukunft, von seinem Uebel befreit zu sein.

So viel kann man ihm sagen, wenn er am Ende der Behandlung an den Arzt mit der Frage herantritt: „Bin ich nun gesund?“ Denn man muss immer daran denken, es sei auch trotz aller Anstrengung, trotz der längsten und sorgsamsten Behandlung, nicht unmö glich, dass doch früher oder später neue Erscheinungen der Diathese zum Ausbruch kommen können. Wir haben eben kein sicheres Zeichen, an welchem man erkennen würde, dass Jemand vollständig von seiner Syphilis befreit ist. Und davon soll man den Kranken Mittheilung machen. Und warum das? Aus folgendem Grunde: Wenn im Laufe der Zeiten, ziemlich spät, nach vollendeter Behandlung, wider unser Erwarten, neue Erscheinungen auftreten, wird der Patient schon längst an seine Syphilis vergessen haben. Der Arzt, welcher um diese Zeit die Behandlung des Kranken übernimmt, die Antecedentien desselben, so weit sie sich auf Syphilis beziehen; nicht kennt, und über diesen Punkt von dem Patienten auch nichts erfährt, kann leicht den syphilitischen Charakter irgend einer Erscheinung, die er gerade zu behandeln hat, verkennen, umsomehr als diese späten Erscheinungen ja häufig den Symptomen anderer Dyscrasien sehr ähnlich sind. Das kann z. B. der Fall sein, bei einer Erkrankung der Eingeweide, einem Tumor im Gehirn, einer Haemiplegie, einer Paralyse, einer Sclerose des Rückenmarkes, einer Amaurose, einer Cirrhose, Neuritis, einer Albuminurie u. s. w. Man wird unter diesen Umständen diese Erscheinungen nicht zweckmässig behandeln und dieselben können dann zu einem ungünstigen Ausgang führen; während, wenn ihr Zusammenhang mit ihrer wahren Ursache bekannt ist, eine zweckmässige Behandlung sie beseitigen kann. Also um jenem vorzubeugen, muss man dem Kranken, welchen man aus seiner Behandlung entlässt, auf die erwähnte Eventualität aufmerksam machen. Man muss ihn darüber aufklären, dass er, wie gesagt, für die Gegenwart geheilt, fast keine Aussicht für die Zukunft habe, von neuen Symptomen der Syphilis befallen zu werden, dass dies aber doch immerhin möglich sei. In Folge dessen wird der Kranke dann immer bei einem jeden Leiden, das ihn trifft, den Arzt auf diesen Theil seiner Antecedentien, den wir im Vorigen im Auge hatten, aufmerksam machen. Sehr oft wird es keinen Nutzen haben, bisweilen

aber wird es für den Kranken, wie sich aus dem Vorhergehenden ergibt, von höchster Wichtigkeit sein.

§ 134. Wenn man nun am Schlusse dieses Abschnittes das Gesagte überdenkt, wird man finden, da ss es mit unserer Therapie gegen Syphilis nicht so schlecht, als die Skeptiker uns glauben machen wollen, bestellt ist; dass sie nicht blos auf die so oft trügerische Empirie begründet ist. Sie basirt im Gegentheile in vielen Stücken auf rein logischen Schlussfolgerungen, die aus feststehenden Lehrsätzen der Physiologie des gesunden und kranken menschlichen Organismus sich ergeben. Wir werden demnach besser thun, die Wege dieser Therapie zu gehen, durch actives Handeln von ihren Hilfsmitteln Gebrauch zu machen, als durch passives Gewährenlassen den Kranken elend zu machen, die Wissenschaft und ihre Jünger zu compromittiren.

Und was das Hauptagens jener Therapie, den Mercur, betrifft, wird jeder, wenn einmal das für und wider nach dem Vorausgegangenen reiflich erwogen ist, zu der Ansicht kommen, dass das genannte Medicament zwar nicht jenes Wundermittel ist, für welches seine Panegyriker es ausgeben, aber dass es auch nicht rationell ist, gänzlich den Stab darüber zu brechen, wie seine Gegner es wollten und wollen.

So oft schon im Laufe der Zeiten aus dem Arzneischatze gewiesen, ist es (nach jahrelangen fruchtlosen Versuchen mit anderen Mitteln) immer wieder der Rüstkammer des ärztlichen Handelns einverleibt worden, und fast scheint, es solle sich an ihm der Wahrspruch jener pessimistischen Weltanschauung bestätigen, dass aller Fortschritt nur in einem Sichvorwärtsbewegen im Kreise bestehe. Heutzutage gipfelt die Anschauung der Majorität der Aerzte über das Medicament in dem Satze: Auf Grund der Erfahrungen von Jahrhunderten, mit Vermeidung der Fehler der Vergangenheit, benütze man den Mercur bis — was fast wie eine Utopie klingt — in einem glücklicheren Zeitalter die Aerzte ein besseres Specificum gegen Syphilis kennen werden, als das Quecksilber es ist.

ANHANG.*)

ie Erkrankungen des Auges während der Periode der Frühformen der Syphilis.

§ 113. Die Syphilis veranlasst während der Periode der Frühforen auch pathologische Veränderungen im Auge, welche die Iris, die horoidea, die Papilla nervi optici, die Retina betreffen. Manchmal ist ır eines von den Erwähnten ergriffen, bisweilen mehrere oder alle eichzeitig. Diese Erkrankungen treten gewöhnlich in den ersten Jahn des Bestehens der Diathese auf. Selten bemerkt man sie vor dem nften oder sechsten Monate, meist im zweiten, dritten oder vierten hre nach stattgefundener Infection. Auf diese Verschiedenheit in der eit des Eintretens hat eine vollzogene Behandlung wesentchen Einfluss.

§ 114. Die häufigste und am frühzeitigsten auftretende dieser Erankungen ist die Iritis. Man sieht sie bisweilen schon im 5. oder 6.

*) Nach dem Principe der Theilung der Arbeit haben die Ophthalmolon sich des Studiums der durch die Syphilis veranlassten Augenerkrankungen mächtigt und Früchte desselben sind es, welche hier in einem nur die Hauptunkte berührenden Auszuge mitgetheilt werden. Dies geschah, um möglichste ollständigkeit zu erzielen, die dem Studierenden, der die Schilderung aller Manistationen der Diathese in einer Abhandlung zusammengefasst haben will, erünscht ist. Dem Praktiker werden die Mittheilungen von Anschauungen über den ezüglichen Gegenstand, welche jetzt gang und gäbe sind, nicht unwillkommen ein. Auf eine erschöpfende Darstellung konnte begreiflicherweise nicht Rücksicht enommen werden und deshalb ist dem Thema kein separates „Capitel", welhes den anderen bezüglich seines quantitativen Inhaltes gleichwerthig hätte ein müssen, gewidmet, sondern dasselbe nur im „Anhange" besprochen worlen. Wer sich genauer über die Sache unterrichten will, wird nur durch die rbeiten der Fachschriftsteller in ophthalmologicis befriedigt werden.

Monate nach der Infection. Nach dem zweiten Jahre ist sie seltener. Sie ist aber darum doch nicht so alltäglich, wie andere Manifestationen der Diathese, z. B. die Roseola, die Papel. An Individuen, die regelmässig und lange behandelt werden, sind Iritis und überhaupt syphilitische Augenerkrankungen ziemlich selten. Die hier erörterte Regenbogenhauterkrankung ergreift häufig anfangs nur ein Auge; nicht selten wird das andere später von ihr befallen. Sie ist der gewöhnlichen rheumatischen Iritis in Bezug auf Symptome und Gefahr vollständig gleich und unterscheidet sich von dieser nur durch die Antecedentien des Kranken oder durch gleichzeitiges Vorhandensein anderer Manifestationen der Syphilis. Ihre Symptome sind: 1. Schmerz in der Orbita und um dieselbe von verschiedener Intensität, meist geringfügig und Nachts sich steigernd, was für die Iritis gerade nichts Besonderes und für die syphilitische Iritis durchaus nichts Pathognomonisches ist. 2. Sehstörungen in verschiedenem Grade in den einzelnen Fällen. Die Kranken klagen bisweilen nur über einen Nebel, über unvollständiges Sehen kleiner Objecte. Aber grossen Druck können sie noch lesen. Manchmal haben sie „fliegende Mücken" u. s. w. 3. Ciliar-Injection. Man hat bemerkt, dass sie nicht immer vollständig und gleichmässig ist. Wahrscheinlich, weil die Iris auch nicht immer vollständig und gleichmässig erkrankt ist. 4. Lähmungen (theilweise oder vollständige) der Iris und Verziehung der Pupille. 5. Mannigfache Verfärbungen der Regenbogenhaut, welche dunkler wird, was natürlich nur durch Vergleich beider Augen zu erkennen ist. Endlich zuweilen plastische Exsudate, welche den Humor aquaeus trüben und die Pupille neblig erscheinen lassen.

Die Gefahren, welche die Iritis syphilitica mit sich bringt, sind dieselben, wie bei anderen Regenbogenhaut-Entzündungen, nämlich. 1. Synechien, besonders hintere Synechien; 2. permanente Verziehung der Pupille, Verkleinerung derselben bis zur vollständigen Atresie; 3. sogenannter Pupillar-Staar; 4. verschiedene Sehstörungen. Alle diese ungünstigen Ausgänge treten jedoch meist nur auf, wenn die Kranken sich entweder vernachlässigt haben oder nicht genügend behandelt worden sind.

Die Unterschiede zwischen den syphilitischen und den nicht-syphilitischen Regenbogenhaut-Entzündungen bestehen in Folgendem: 1. Die Iritis syphilitica hat in sehr vielen Fällen ein gewissermassen entzündungsloses Auftreten. Allmälig und heimlich entwickelt sie sich zu jenem Stadium, in welchem sie den Kranken bemerkbar wird; und nicht sel-

ten würde man es im Beginne diesem Leiden gar nicht ansehen, dass es so ernstliche Folgen nach sich ziehen kann. Man würde es meist eher für eine subacute, als für eine acute Erkrankung halten. Sie verhält sich zu der gewöhnlichen Iritis wie z. B. die syphilitische Roseola zu einem ähnlichen nichtsyphilitischen acuten Exantheme. Bisweilen aber können auch heftige periorbitale Schmerzen, die gegen den Schädel ausstrahlen, Photophobie, Schlaflosigkeit, in einem gewissen Grade febrile Aufregung, namentlich während des weiteren Verlaufes, ihre Symptome sein. Doch sind letztere Fälle selten. 2. Geht aus dem eben Gesagten hervor, dass sie häufig auch weniger schmerzhaft ist, als eine andere Art von Iritis, und das ist begreiflich, weil der Schmerz meist der Intensität des entzündlichen Processes entspricht. Mitunter verlauft sie ganz ohne Schmerz, was praktisch wichtig ist; indem die Kranken in Folge dessen, dass sie keine unangenehme Empfindung von dem Uebel haben, dasselbe in seiner Bedeutung unterschätzen. 3. Treten mitunter eigenthümliche pathologische Producte, besonders am inneren Ringe der Regenbogenhaut auf. Das sind kleine, papulös halbkugelige runde Tumoren von granulirtem Aussehen und Stecknadelkopfgrösse. Sie haben eine verschiedene Farbe: röthlichbraun, blaugrau u. s. w. Manchmal ist eine, bisweilen sind mehrere vorhanden. Man hat diese Wucherungen Condylome genannt, Gummata, Syphilome der Iris u. s. w. Ricord hält sie für Wucherungen, welche den Papeln entsprechen. Diese Ansicht hat viel für sich: die macroscopische Aehnlichkeit, den gleichen microscopischen Bau und das häufig gleichzeitige Auftreten dieser Efflorescenz mit den Papeln auf der allgemeinen Decke. Mitunter können diese Wucherungen sich in Pusteln umwandeln, die sich in die vordere Augenkammer öffnen und ein Hypopyon veranlassen. Dies würde die vorher angedeutete Analogie erhöhen. Doch kommen Fälle der letzteren Art sehr selten zur Beobachtung. Viel häufiger findet man, wenn man die in Rede stehenden Wucherungen untersucht, dass sie eine solide Masse bilden. Auch bemerkt man nach Form und Ansehen ähnliche Erhabenheiten bei gewissen nicht specifischen, z. B. den scrophulösen Regenbogenhautleiden. Das Vorhandensein dieser Wucherungen ist kein Symptom, das der Iritis syphilitica allein zukommt, aber Verdacht auf Syphilis wird es jedesmal erwecken. Dieser Verdacht wird gesteigert werden, wenn man neben Iritis noch andere Augen-

Monate nach der Infection.
Sie ist aber darum doch nicl
tionen der Diathese, z. B.
regelmässig und lange beh
philitische Augenerkrankun
bogenhauterkrankung ergr
wird das andere später
matischen Iritis in Bez
und unterscheidet sich
Kranken oder durch
nen der Syphilis. Ihr
um dieselbe von ver
sich steigernd, was
syphilitische Iritis
gen in verschieden
klagen bisweilen
ner Objecte. Ab
haben sie „fliege
merkt, dass sie
scheinlich, weil
erkrankt ist.
Verziehung de
haut, welche
Augen zu er
den Humor
Die
dieselben,
1. Synechi
der Pupil
3. sogen
diese
auf, we
ben od
D
litische
Iritis
dungs
Stadiu

Choroiditis,
Scleritis u. s
sind sehr man
ziemlich lange u
derselben, m
verbreitet sic
die anderen Häut
Hintergrunde in gross
Wird das Leiden de
es in der Mehrzah
greift) beiläufig innerhal
vernachlässigt, was leider nich
Widerstand und noch unte
Recidiven auf, welch
Doch sind solche Fäll

Quecksilbergebrauch. Da
Das Atropin wirkt durc
Verunstaltungen, Synechien u. s. v
durch Verminderung des in
Quecksilber anlangt, so mu
einen raschen und ausgiebig
Gebrauche des Mercur, oder we
Salivation, sind Einreibungen a
Einigen durch die periorbit
belladonnae angestrebt. Besser ab
zu bedienen, von der man
1—2 oder mehr Tropfen, ei
Auge einträufelt. Bisweilen find
Erscheinungen, Schrö
Opium und Sulfas Chinini
nach den Anschauungen vie
Ferner reiben Einige Que
narcotische Salben, oder nehm
Vesicatoiren ihre Zuflucht. Der We
Direct zu verwerfen ist die Pa
einem Anfalle der Iritis in
Recidive auf demselben A
Regel nicht abgethan. Es tritt entweder

auf, oder das Leiden ergreift auch das andere Auge, oder es erkranken, wie bereits wiederholt erwähnt, die anderen Membranen. Daraus ergibt sich die praktische Regel, dass man vor der Iritis sehr auf der Hut sein muss und sie nicht blos um ihretwillen, sondern vielmehr um der Consequenzen, die sie für die anderen Augenhäute hat, behandeln muss.

§ 115. Im Gegensatze zur Iritis ist die Keratitis syphilitica eine ziemlich seltene, man kann sagen, ausnahmsweise auftretende Erkrankung. Ja, noch mehr, vereinzelt oder primär zeigt sie sich nie, sondern immer mit Erkrankung anderer Membranen und als Consecutiv-Zustand derselben. Man findet sie entweder als Keratitis diffusa oder als Keratitis punctata.

Die Keratitis diffusa hat folgende Symptome: eine sehr starke Ciliar-Injection, heftige Schmerzen, intensive Lichtscheue. Die Cornea sieht getrübt und wolkig aus, dann bilden sich an einer oder mehreren Stellen dieser Membran opaline, diffuse Flecke von verschiedener Ausdehnung, welche immer mehr und mehr opak werden und die hinter ihnen liegenden Pupillen- oder Iris-Antheile der Besichtigung entziehen. Wird der Kranke in diesem Zustande keiner Behandlung unterworfen, so werden diese Flecke matt und weisslich. Bisweilen existiren auch gleichzeitig andere rothe Flecke, welche aussehen, als ob sie von Hämorrhagien stammten, und die durch Gefässneubildungen, welche sich in dem Parenchyme der Membran entwickelt haben, gebildet sind. Endlich findet man ausnahmsweise noch kleine Papeln oder halbkugelige Bläschen, die halb so gross sind wie Stecknadelköpfe und am Rande der Cornea sich entwickeln.

Die Keratitis punctata unterscheidet sich von der vorhergehenden nur dadurch, dass sie eine Geneigtheit zur Bildung punktförmiger Flecke hat. Diese finden sich auf einem wolkigen Grunde, welcher von der leicht getrübten Cornea gebildet wird, und stellen kleine punktförmige Opacitäten dar, mit denen die Hornhaut wie besäet erscheint. Die Flecke sind ungemein klein, wie Nadelstiche, mehr oder weniger zahlreich, oft zusammenfliessend, vereinigen sich bisweilen in Gruppen und geben stellenweise der Cornea ein Aussehen, als ob sie mit Puder eingestaubt wäre.

Es ist begreiflich, dass diese beiden Arten von Keratitis bedeutende Sehstörungen zur Folge haben können. Zeitlich und energisch behandelt, können sie, ohne dass ein Nachtheil

erkrankungen, welche die Syphilis bedingt, [illegible] ...ssigt blei-
tinitis, Neuritis, Keratitis diffusa, Keratitis [illegible]

Entwicklung und Dauer der syphilit[illegible] ...erkennen sind die
faltig. Sich selbst überlassen, dauert [illegible] ...tiefer liegen-
endet mit Entstellungen der Pupille d[illegible] ...selben ist viel schwie-
mehr oder weniger intensiven Sehstö[illegible] ...ein, sondern mehrere
die Erkrankung von der Regenboge[illegible] ...atend erschwert.
des Auges und bringt die Membra[illegible] ...el seltener als die Iritis,
Gefahr, es kann sogar totale Blin[illegible] ...sten Augenerkrankungen,
specifischen Behandlung unterw[illegible] ...und durch eine zweck-
der Fälle (besonders wenn m[illegible] ...vollkommenen Blindheit
eines Monates. Wird es in sein[illegible] ...allmälige aber fortwährend
zu selten geschieht, so leist[illegible] ...ugen, fliegende Mücken, Sco-
der Behandlung treten Vor[illegible] ...über den Nebel, welcher
ärgere Zustände darstelle[illegible] ...wird, dass er das Nähen, das
Ausnahmen. [illegible] ...che Kranke haben die Wahr-

Die Behandlung [illegible] ...vor den Augen und in diesem
Quecksilber wirkt hier [illegible] ...Diese Sehstörung ist un-
Erweiterung der Pup[illegible] ...ende verwischen sich mehr, un
hintangehalten werd[illegible] ...sähen sie durch eine wie durc
traoculären Drucke[illegible] ...dere sagen, dass sie die Gege
man grosse Dosen [illegible] ...ewebe bedeckt, wie durch ei
Erfolg haben wil[illegible] ...Wichtigkeit dieser Sehstörung
er nicht vertra[illegible] ...und wird um so bedeutende
Platze. Die mi[illegible] ...Auges rückt. 2. Mit dem Auge
Einreibung ei[illegible] ...ungen und Flocken, wolkige Tr
ist es, sich [illegible] ...ien Choroideal-Exsudate. Nahe
nach Massg[illegible] ...st die Trübung der tiefere
zwei oder [illegible] ...stark ist, dass man bisweilen ke
auch Blut[illegible]
köpfe, Pu[illegible] ...ist die Ursache in einer undefinir
Beschwic[illegible] ...oder der Hyaloidea in ihren hin
Ophtalm[illegible] ...man findet oft im Glaskörpe
silbersa[illegible] ...welche die Durchsicht stören würde
zu erw[illegible] ...Beginne des Leidens, bemerkt man b
dieser [illegible] ...weniger zahlreiche Flocken im Gla
centes [illegible] ...feine Fäden vor, wie die Fäden ein
Regel [illegible] ...ungen des Auges den Platz wechseln, si

. Mitunter findet man im Glas-
n feinen Staub. Auch die Papilla
e mit einem Schleier bedeckt, wahr-
der Medien. Man sagt, dass die Pa-
Volken verschleierte Mond. Und dieser
rzten als pathognomonisches Zeichen für
g des Auges. In der Mehrzahl der Fälle,
ginn der Erkrankung, sind die Trübungen
as wolkige Aussehen der Papille die einzigen
mit dem Augenspiegel wahrnehmen kann. Später
enn man viele Uebung hat, mit Mühe Farben-
Augenhintergrunde sehen. Noch später sieht man
a deutliche weisse Flecke; diese sind klein, disse-
Gruppen zusammenstehend, weisslich oder graulich,
r Peripherie, bald nahe dem hinteren Pole und rühren
trophie der Choroidea her, indem wahrscheinlich eine Re-
on Pigmentzellen stattgefunden hat; oder sie sind durch
bedingt. Ihre weisse Farbe wird dadurch hervorgehoben,
ihrer Umgebung Haufen von schwarzen Zellen bestehen.

Behandelt man die Krankheit energisch und hat einen gewissen Grad nicht überschritten, so kann ie in ihrer Entwicklung gehemmt werden und heilen; sich selbst überlassen aber erreicht sie gewöhnlich eine bedauerliche Höhe. Die Sehstörungen werden immer stärker, das Sehvermögen wird allmälig schwächer. Es enstehen Complicationen, die später erörtert werden sollen, und schliesslich tritt vollkommene Blindheit ein. Die Choroiditis syphilitica ist demnach eine der gefährlichsten Krankheiten. Sie ist gefährlich, weil sie scheinbar gutartig ist, indem sie häufig keine Schmerzen verursacht und die Kranken immer geneigt sind, die Wichtigkeit eines Leidens nach der Heftigkeit des Schmerzes, den sie infolge desselben empfinden, zu beurtheilen. Sie ist gefährlich, weil sie gewissermassen einen langsamen schleichenden Verlauf nimmt, und weil sie fähig ist, auch ohne therapeutisches Eingreifen sich aber nur bis zu einem gewissen Grade und nur für eine gewisse Zeit — zu bessern, so dass die Patienten in den Wahn, zu genesen, oder es mit einem ungefährlichen Leiden zu thun zu haben, eingewiegt werden, und dadurch den Zeitpunkt für ein erfolgreiches Eingreifen einer zweckmässigen Therapie versäumen. Sie ist endlich gefährlich durch ihre Geneigtheit

zurückbleibt, heilen; werden sie vernachlässigt bleiben dauernde Hornhauttrübungen zurück.

§ 116. Viel complexer und weniger leicht zu erkennen sind die syphilitischen Augenerkrankungen der tiefer liegenden Augenhäute. Denn die Untersuchung derselben ist viel schwieriger und endlich ist selten eine derselben allein, sondern mehrere gleichzeitig erkrankt, was die Beurtheilung bedeutend erschwert.

Das häufigste dieser Leiden, jedoch viel seltener als die Iritis, ist — die Choroiditis eine der gefährlichsten Augenerkrankungen, die, wenn sie nicht im Anfange erkannt und durch eine zweckmässige Behandlung eingedämmt wird, zur vollkommenen Blindheit führen kann. Ihre Symptome sind: 1. Allmälige aber fortwährend zunehmende Amblyopie, Nebel vor den Augen, fliegende Mücken, Scotome. Am meisten klagen die Kranken über den Nebel, welcher anfangs leicht ist, später aber so dicht wird, dass er das Nähen, das Lesen und dergleichen unmöglich macht. Manche Kranke haben die Wahrnehmung, als schwebe ein Spinngewebe vor den Augen und in diesem sehen sie zahlreiche und schwarze Flecke. Diese Sehstörung ist ungemein lästig, die Umrisse der Gegenstände verwischen sich mehr, und es kommt den Patienten zuweilen vor, als sähen sie durch eine wie durch Erwärmung bewegte Luftschichte. Andere sagen, dass sie die Gegenstände wie mit einem feinen Spitzengewebe bedeckt, wie durch eine Staubwolke sehen u. s. w. Die Wichtigkeit dieser Sehstörungen hängt von dem Sitze des Leidens ab, und wird um so bedeutender je näher er zu dem Hinterpole des Auges rückt. 2. Mit dem Augenspiegel findet man Glaskörper-Trübungen und Flocken, wolkige Trübungen der Sehnerven-Papille, bisweilen Choroideal-Exsudate. Nahezu das Wichtigste an diesem Leiden ist die Trübung der tieferen Medien des Auges, welche so stark ist, dass man bisweilen kein deutliches Spiegelbild erhält.

Aller Wahrscheinlichkeit nach ist die Ursache in einer undefinirbaren Veränderung des Glaskörpers oder der Hyaloidea in ihren hinteren Segmenten zu suchen; denn man findet oft im Glaskörper keine Flocken, keine Exsudation, welche die Durchsicht stören würden. Meist aber, namentlich im Beginne des Leidens, bemerkt man bei directer Beleuchtung mehr oder weniger zahlreiche Flocken im Glaskörper. Diese stellen entweder feine Fäden vor, wie die Fäden einer Spinnwebe, welche bei Bewegungen des Auges den Platz wechseln, sich

zusammenziehen und wieder ausbreiten. Mitunter findet man im Glaskörper spiralförmige Fäden oder einen feinen Staub. Auch die Papilla nervi optici scheint getrübt und wie mit einem Schleier bedeckt, wahrscheinlich in Folge von Trübung der Medien. Man sagt, dass die Papille aussehe wie der durch Wolken verschleierte Mond. Und dieser Zustand gilt vielen Augenärzten als pathognomonisches Zeichen für die syphilitische Erkrankung des Auges. In der Mehrzahl der Fälle, besonders kurz nach Beginn der Erkrankung, sind die Trübungen des Glaskörpers und das wolkige Aussehen der Papille die einzigen Zeichen, welche man mit dem Augenspiegel wahrnehmen kann. Später kann man dann, wenn man viele Uebung hat, mit Mühe Farbenveränderungen im Augenhintergrunde sehen. Noch später sieht man auf der Choroidea deutliche weisse Flecke; diese sind klein, disseminirt oder in Gruppen zusammenstehend, weisslich oder graulich, bald nahe der Peripherie, bald nahe dem hinteren Pole und rühren von einer Atrophie der Choroidea her, indem wahrscheinlich eine Resorption von Pigmentzellen stattgefunden hat; oder sie sind durch Exsudate bedingt. Ihre weisse Farbe wird dadurch hervorgehoben, dass in ihrer Umgebung Haufen von schwarzen Zellen bestehen.

Behandelt man die Krankheit energisch und hat sie einen gewissen Grad nicht überschritten, so kann sie in ihrer Entwicklung gehemmt werden und heilen; sich selbst überlassen aber erreicht sie gewöhnlich eine bedauerliche Höhe. Die Sehstörungen werden immer stärker, das Sehvermögen wird allmälig schwächer. Es enstehen Complicationen, die später erörtert werden sollen, und schliesslich tritt vollkommene Blindheit ein. Die Choroiditis syphilitica ist demnach eine der gefährlichsten Krankheiten. Sie ist gefährlich, weil sie scheinbar gutartig ist, indem sie häufig keine Schmerzen verursacht und die Kranken immer geneigt sind, die Wichtigkeit eines Leidens nach der Heftigkeit des Schmerzes, den sie infolge desselben empfinden, zu beurtheilen. Sie ist gefährlich, weil sie gewissermassen einen langsamen schleichenden Verlauf nimmt, und weil sie fähig ist, auch ohne therapeutisches Eingreifen sich aber nur bis zu einem gewissen Grade und nur für eine gewisse Zeit — zu bessern, so dass die Patienten in den Wahn, zu genesen, oder es mit einem ungefährlichen Leiden zu thun zu haben, eingewiegt werden, und dadurch den Zeitpunkt für ein erfolgreiches Eingreifen einer zweckmässigen Therapie versäumen. Sie ist endlich gefährlich durch ihre Geneigtheit

zu Complicationen. Ausserdem, dass sich Iritis zu ihr gesellen kann, wandelt sie sich fast immer in eine Retinochoroiditis um. Es ist begreiflich, dass die Veränderungen, welche die Choroidea treffen, lange Zeit nicht bestehen können, ohne auf das zarte Gewebe der angrenzenden Retina eine Irritation auszuüben, ohne unter Umständen diese letztere Membran stellenweise zusammenzudrücken, in einzelnen Fällen Adhäsionen derselben zu veranlassen. Ausserdem kann die Retina an und für sich infolge von Syphilis leichter erkranken, wenn Reizung dieser Membran stattfindet.

Infolge von Syphilis erkrankt auch der Nervus opticus oder die Retina oder beide gleichzeitig.

Die Neuritis optica syph. besteht manchmal blos in einer Erkrankung des Perineureon, meist aber sind die Nervenelemente ergriffen. Wie bereits gesagt, ist dieses Leiden häufig mit Erkrankungen anderer Häute und Medien des Auges gleichzeitig vorhanden. Manchmal kommt es nur auf einem Auge vor, meist auf beiden. Seine Symptome, welche ihm aber nicht ausschliesslich zukommen, sondern auch bei Erkrankungen des Sehnerven aus anderen Gründen wahrgenommen werden, sind:

1. Functions-Störungen: bedeutende Schwäche des Gesichtes, die rasch auftritt und zur Amaurose führen kann, Lichtscheue, besonders im Beginne: Photopsie, Chromopsie u. s. w. 2. Als objectives Symptom findet man einen frappant verwaschenen Contour der Papille. Manchmal sieht man die Papille gar nicht und erräth nur, wo sie sich befindet, aus der Anordnung der Gefässe, die man ophtalmoscopisch wahrnimmt. Bisweilen, und das ist ein minder wichtiges Zeichen sieht man die Gefässe congestionirt, gewunden, kleine periphere Apoplexien. Diese Neuritis optica besteht im Allgemeinen nur kurze Zeit isolirt; bald hat sich zu ihr Retinitis oder Choroiditis gesellt.

Die Retinitis syph. ist häufiger als die Neuritis. Sie ist gleichfalls meist mit anderen Erkrankungen, wie Iritis und Choroiditis syph. vergesellschaftet, ergreift auch zuweilen nur ein Auge, manchmal beide gleichzeitig oder nach einander. Sie tritt gewöhnlich langsam mit einer graduellen Abschwächung des Gesichtes auf. In anderen selteneren Fällen bemerkt man mehr oder weniger rapide, selbst plötzliche Sehstörungen, die sie veranlasst. Ihre Symptome, von denen dasselbe gilt, wie von jenen der Neuritis, sind: 1. die functionellen Störungen, deutliche und allmälige Abnahme des Gesichtes, Photopsie, Lichtscheue, partielle Farbenblindheit (Daltonismus). Im Beginne des Leidens ist das Sehvermögen

nur geschwächt, später nimmt es so ab, dass die Kranken selbst sehr grosse Buchstaben nur mit Mühe sehen können. Bisweilen ist das Sehvermögen an einzelnen Stellen conservirt, während es an anderen verloren gegangen ist, so dass die Kranken z. B. ein Wort sehen und das danebenstehende nicht, oder die Hälfte eines Wortes lesen können und die andere Hälfte nicht; diese scheint ihnen wie mit einem dunkeln Flecke bedeckt. Ausserdem beklagen sich die Kranken über Visionen von Lichtern, feurigen Kugeln, Funken, Flammen, welche Visionen um so unangenehmer sind, je empfindlicher das Auge gegen die Wahrnehmung des Lichtes überhaupt ist. Wenn man ferner den Patienten ein grünes oder violettes Papier vorhält, so sehen sie nur die eine jener zwei Farben, welche grün oder violett zusammensetzen. Sie sehen also unter Umständen statt grün: gelb, statt violett: roth oder schwarz u. s. w. Andere Kranke sehen wieder nicht gelb, nicht roth, sondern blau. Doch findet man, wie gesagt, diese Erscheinung auch in anderen acuten oder chronischen Netzhaut-Entzündungen.

2. Der Augenspiegelbefund zeigt Exsudationen und Apoplexien auf der Netzhaut. Sie scheinen entweder in einem serösen Ergusse, einer Art ödematösen Infiltration zu bestehen, oder in festen opaken Auflagerungen. Die ersteren sind durchscheinend und bilden vor der Netzhaut, besonders in der Umgebung der Papille, eine Art Glasur, durch welche man die Membran und die Gefässe wie durch einen Schleier sieht. Mitunter hat diese Glasur strahlenförmige Fortsätze nach dem Verlaufe der Gefässe. Dieser Zustand ist von einzelnen Autoren als Retinitis serosa oder Oedema retinae bezeichnet worden.

Die Auflagerungen dagegen, welche der Retinitis exsudativa stricte sic dicta angehören, sind weiss mit verschwommenem Contour, gewöhnlich klein, manchmal jedoch auch ziemlich gross, entweder mitten zwischen den Gefässen gelagert, oder längs der Gefässe an verschiedenen Punkten der Retina zerstreut, bisweilen auf einen einzelnen beschränkt. Sehr oft entwickeln sie sich in der Gegend der Macula lutea. Mitunter bedecken sie die ganze Retina oder einen Antheil derselben in ihrem hinteren Segmente, endlich in gewissen Fällen bemerkt man neben diesen Exsudationen zerstreute Apoplexien auf der Netzhaut. Sie haben nichts Charakteristisches an sich und gleichen den an diesen Stellen aus anderen Gründen vorkommenden Apoplexien. Sie enstehen gewöhnlich, sagt man, durch Ruptur der Venen, wäh-

rend die Arterien intact bleiben. Die specifische Retinitis hat immer einen langsamen Verlauf, bisweilen bleibt sie lange Zeit stationär und erleidet allmälige Exacerbationen oder führt zu verschiedenen Complicationen. — Sie heilt am leichtesten von allen syphilitischen Erkrankungen des Augenhintergrundes. Sie ist weniger rebellisch und weniger gefährlich als die Choroiditis (obgleich man a priori das Gegentheil glauben sollte) vorausgesetzt, dass sie allein besteht. Natürlich hängt die Prognose vom Sitze des Leidens ab. Die Erkrankung, welche die Macula afficirt, wird begreiflicherweise gefährlicher sein, als die an anderen Stellen localisirte.

Es ist schon wiederholt auf die Geneigtheit der im Vorhergehenden geschilderten pathologischen Zustände, sich untereinander zu combiniren, einander zu folgen, hingewiesen worden, und auf die dann eintretenden Consecutiv-Erscheinungen stützt sich sehr oft die Diagnose. — Die wichtigste Combination ist die Choroideo-Retinitis. Es werden sich bei diesem Zustande die Symptome der Choroiditis neben denen der Retinitis vorfinden, demnach: progressive Amblyopie, Nebel, fliegende Mücken, Scotome, Trübungen und Flocken im Glaskörper, Verschleierung der Papille, Exsudate und andererseits Photopsie, Photophobie, Daltonismus, Einschränkung des Gesichtsfeldes, Hemeralopie, Verminderung des Sehvermögens u. s. w. Der Augenspiegel zeigt auf der Choroidea: eine Atrophie, Pigment-Zerstörungen, so dass man stellenweise durch entstandene Dehiscenzen das Gewebe der Sclerotica sieht, ferner beträchtliche Verschmächtigung der Centralgefässe, die soweit geht, dass ihr Lauf stellenweise unterbrochen scheint; schliesslich auf der Retina zerstreute Exsudationen, Atrophie, Infiltration der Membran mit Pigmenthaufen von verschiedener Stellung und verschiedener Ausdehnung. Bald sind diese schwarzen Pigmentflecke wie zufällig herumgestreut, bald netzförmig angeordnet; mitunter bilden sie Halbkreise, Kreisbogen oder Kreise. Das ist das Bild der Retinitis pigmentata, welche auch durch andere Ursachen als die Syphilis veranlasst werden. Diese Erkrankung hat meist einen schleichenden Verlauf. Die Retinitis pigmentata infolge von Syphilis bedarf zuweilen mehrerer Jahre, um ihren Höhepunkt zu erreichen, und wird meistens in der Periode der Spätformen beobachtet.

Alle diese Erkrankungen sind sehr schwer. Sich selbst überlassen, führen sie zu Zerstörungen der Netzhaut und unheilbarer Blindheit. Bestehen sie längere Zeit,

so leisten sie der Therapie hartnäckigen Widerstand, und selbst rechtzeitig in Behandlung genommen, lassen sie mehr oder weniger ernste Störungen zurück. Sie mit dem Augenspiegel zu diagnosticiren, ist an und für sich nicht schwer, aber festzustellen, dass sie durch Syphilis bedingt sind, ist schwieriger, da sie nichts Specifisches an sich haben. Es gilt auch hier, was schon wiederholt gesagt worden ist, dass man auf ein Symptom allein hin nie die Diagnose der syphilitischen Natur einer Erkrankung macht. Man wird immer die Antecedentien und die vielleicht gleichzeitig von Syphilis herrührenden pathologischen Veränderungen in anderen Organen berücksichtigen. Und diese Zeichen haben noch mehr Werth, als selbst die Ergebnisse der Untersuchung mit dem Augenspiegel. Dabei muss man erwägen, dass die aufgezählten Augen-Erkrankungen nicht einmal immer in schweren, sondern bisweilen schon in leichten Fällen vorkommen. Auch deshalb empfiehlt es sich somit, die Syphilis jedesmal als eine wichtige Erkrankung aufzufassen, demgemäss zu behandeln und bei der Eruirung der Anamnese selbst auf geringfügige diesbezügliche Angaben Gewicht zu legen. An und für sich betrachtet wären die geschilderten Erkrankungen gar nicht so ernst, wenn nicht der eigenthümliche Bau des Auges und die mit selbem zusammenhängenden Functionen dieses Organes sie so wichtig machen würden. Gewisse Veränderungen an der Haut z. B. sind ohne Schaden für den Kranken; kommen sie aber im Auge vor, können sie zur Erblindung führen. Man wird darum im gegebenen Falle nicht mit der Anwendung einer specifischen Behandlung zaudern, man wird gleich zum Quecksilber greifen und es in grossen Dosen verabfolgen. Ein schüchternes Manipuliren mit dem Mittel hat keinen Erfolg. Das Protojoduretum, der Sublimat, regulinisches Quecksilber innerlich, selbst in grösseren Dosen angewendet, sind meist wirkungslos. Hier wirkt am besten die Schmiercur; und zwar lässt man dem Kranken grössere Dosen, als sonst, wenn es nöthig ist, einreiben. Man berücksichtigt selbst einen Speichelfluss nicht so ängstlich, weil nicht alle Individuen gegen die Einwirkung des Quecksilbers gleiche Receptivität besitzen; und die Stomatitis das sicherste Zeichen ist, dass der Organismus wenigstens vorläufig genug Quecksilber aufgenommen hat. Ist dieselbe eingetreten, so sucht man sie zu mildern, setzt aber die Quecksilbercur dessenungeachtet fort. Ausserdem wird man in dem erreichten Heilerfolge einen Anhaltspunkt haben, wie weit man mit der Verwendung des Mittels gehen soll. Doch

muss man sich sagen, dass leider in vielen Fällen selbst eine noch so energische Behandlung nicht zum Ziele führt.

Schliesslich sei noch nebenbei erwähnt, dass auch in Folge von Syphilis amaurotische Zustände auftreten können, welche nicht durch irgend eine Veränderung in den Bestandtheilen des Bulbus veranlasst, sondern das Ergebnis von ausserhalb desselben (im Nerven oder Gehirn) sitzenden, luetischen Krankheitsproducten sind. Sie kommen jedoch — als der Periode der Spätformen angehörig — hier nicht mehr in Betracht.

Berichtigungen.

Seite 17, 2. Zeile von unten lies statt: „zwar schwer" — „zwar im Beginne und auf der Höhe der Entwicklung schwer."

Seite 67, 11. Zeile von oben lies statt: „Männern" — „Individuen".

Seite 88, 9. Zeile von unten ist einzuschalten hinter wurde: „nach Angabe Fournier's".

Seite 94, 11. Zeile von unten ist vor dem Worte „längere" einzuschalten: „Syphilid".

Seite 96, 10. Zeile von oben folgt nach „als" ein Doppelpunkt.

Seite 103, lies sub Nr. 4 statt: „die Abschuppung ist gleichzeitig" — „die Abschuppung ist gleichzeitig theilweise".

Seite 110, Zeile 13 von oben statt: „eiternde" — „eiternd".

Seite 119, 4. Zeile von oben lies statt: „Jod-Salben" — „Jod; Salben".

Seite 150, 2. Zeile von unten lies statt: „weicht" — „nicht weicht".

Seite 153, 3. Zeile von oben lies statt: „einem" — „einen".

Seite 159, 4. Zeile von oben lies statt: „geschilderten" — „Geschilderten".

Seite 179, 12. Zeile von oben lies statt: „im" — „am".

Seite 205, 2. Zeile von unten setze vor „bei" einen Beistrich.

Seite 207, 13. Zeile von oben ist nach „wohl" — „in individuo syphilitico" — einzuschalten.

Seite 278, 9. Zeile von unten lies statt: „letzteren" — „letztere".

Note.

Der „Anhang" ist, wie schon die Nummern der §§ anzeigen, vor dem III. Abschnitte einzuschalten.



DAS

SYPHILITISCHE FIEBER.

VON

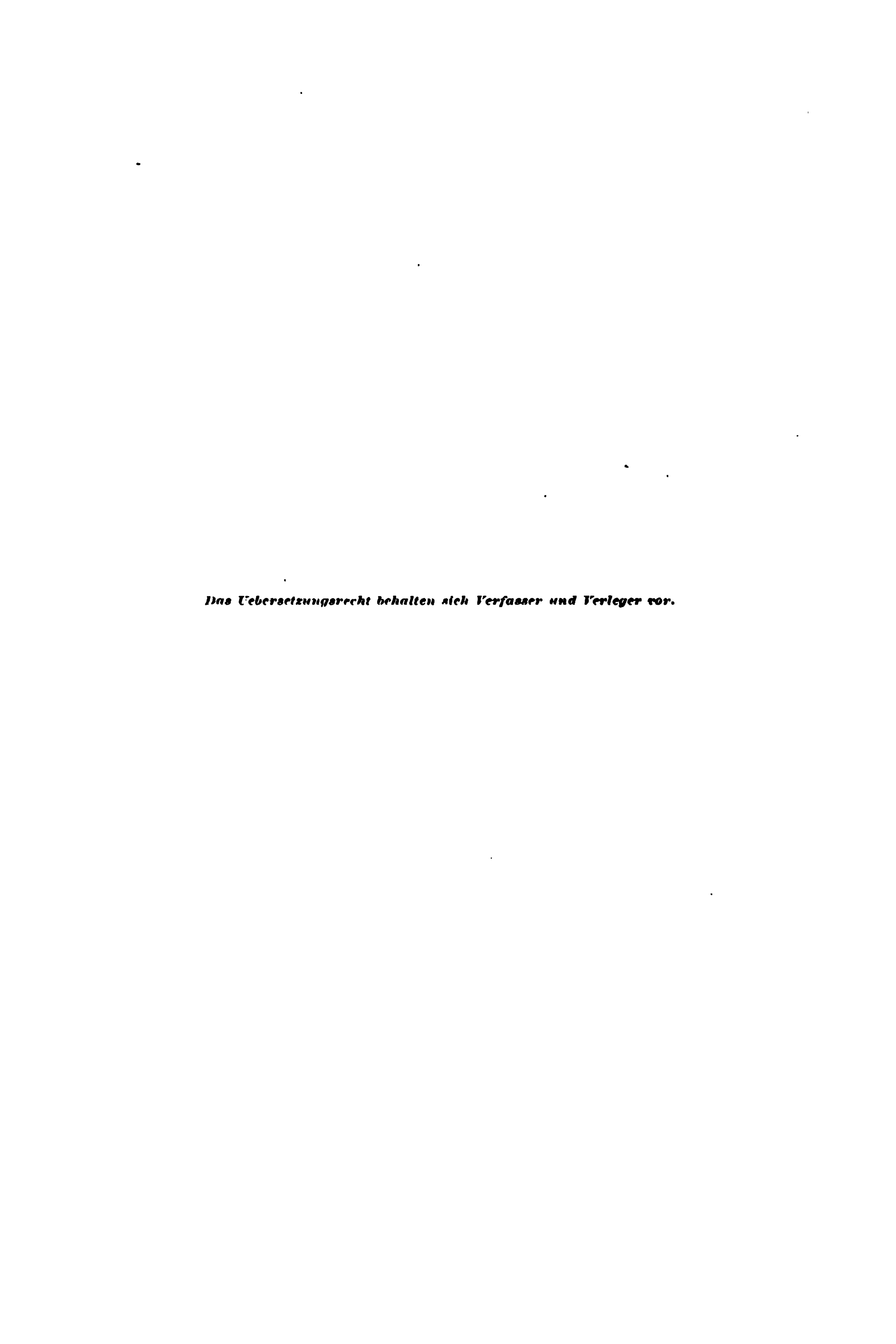
DR. J. EDMUND GÜNTZ,

RITTER DES KÖNIGL. SÄCHSISCHEN ALBRECHTSORDENS, DIRIGENTEN DER ÖFFENTLICHEN POLIKLINIK FÜR HAUTKRANKHEITEN, SYPHILIS, HALS- UND KEHLKOPFLEIDEN IM KÖNIGL. GEBÄUDE DER EHEMALIGEN CHIRURGISCH-MEDICINISCHEN ACADEMIE ZU DRESDEN, MITGLIEDE GELEHRTER GESELLSCHAFTEN U. S. W. U. S. W.

LEIPZIG,

VERLAG VON FRIEDRICH FLEISCHER.

1873.



Inhalt.

I.

Geschichtliche Angaben über die Fieberzustände bei Syphilis.

Die Befangenheit in der Humoralpathologie des Alterthums nöthigte auch die Aerzte des Mittelalters, an den Folgerungen der Theorien des Hippokrates noch festzuhalten. Deshalb konnte auch bei ihnen keine klare Vorstellung über das Wesen der Syphilis sich bilden, obgleich für uns heute genügende Gründe vorhanden sind, welche die Existenz der Syphilis im Alterthum sehr wahrscheinlich machen. Wie man bei der Beantwortung der Frage über die Existenz der Syphilis im Alterthum die contagiösen, örtlichen Geschwüre, wenn gleichzeitig einer Erwähnung von Allgemeinsymptomen nicht geschehen ist, gesondert zu betrachten hat, ebenso ist zu verfahren bei Beurtheilung der Syphilis nach dem Jahre 1492 und bei der Betrachtung jener vielerwähnten Seuche, in welcher man die Syphilis wieder erkennt. Mag man diese contagiösen Geschwüre und einzelne mit ihnen gleichzeitig vorkommende Veränderungen als Theilerscheinung der Syphilis auffassen oder nicht, sie sind hier streng zu scheiden von dem übrigen Gesammtbild der Syphilis, von welcher wir wissen, dass sie ebenfalls durch directe Uebertragung von einem Geschwür aus vermittelt werden kann. Wir begegnen nämlich der Thatsache, dass wir von einzelnen Schriftstellern des Mittelalters durch den Coitus übertragbare harte Geschwüre als etwas Bekanntes erwähnt finden, dabei vermissen wir aber die übrigen Symptome der Syphilis in den Beschreibungen, dagegen wieder, dass einzelne namhafte Schriftsteller nach der Entdeckung Amerika's über den »Morbus Gallicus« als neue Krankheit schreiben in einer Weise, dass wir die Krankheit zweifellos wiedererkennen, sie kennen aber den Grund der Weiterverbreitung nicht und suchen ihn in klimatischen und siderischen Einflüssen. WENDELIN HOCK DE BRACKENAU: »Mentagrae sive tractatus de causis« .... »regimine et cura Morbi Gallici vulgo Mala francos« .... »1514«. Auf der Bibliothek zu Dresden. Nachdem HOCK DE BRACKENAU bis zum Blatt 9 eine Schilderung

der verschiedenen Ansichten über den Ursprung des Mentagra sive Morbus Gallicus gegeben und nach den bekannten Ansichten der Schriftsteller die Entstehung nach dem Jahre 1492 gesucht wird, spricht sich HOCK DE BRACKENAU folgendermassen aus: »Pro vera autem noticia hujus capituli attentione dignum esse ducimus quoniam hic morbus verius cepit exordium anno domini 1483 quia eo anno mense Octobris fuerunt quatuor Planetae« .... Dieser Autor hat also die Meinung, dass 1483 die Krankheit entstanden sei, er sucht die Ursachen in siderischen Einflüssen. Selbstverständlich fassen wir die Angabe, dass der Morbus Gallicus im Jahre 1483 entstanden sei, als eine jeder wissenschaftlichen Begründung entbehrende Meinung, als eine Sage auf.

Dem entgegen finden wir schon im Beginn des XIII. Jahrhunderts klar auf die Entstehung eines Allgemeinleidens, welches sich aus einer örtlichen Erkrankung der Genitalien in Folge des Coitus entwickelt hatte, in folgender Stelle unzweideutig hingewiesen: GERHARDUS DE BERRY[1], »Virga patitur a coitu cum muliebribus immundis de spermate corrupto vel ex humore venenoso in collo matricis recepto, nam virga inficitur et *aliquando alterat totum corpus*«. Dadurch, dass theilweise an der Humoralpathologie festgehalten wurde, konnte die Schilderung eines Allgemeinleidens nach unseren gegenwärtigen Anschauungen noch nicht zu Stande kommen, obgleich der venerische Ursprung schon erkannt worden war. Die Idee eines durch Coitus übertragbaren Alllgemeinleidens fand sich auch für die Lepra scharf ausgesprochen, mag man hinter dem leprösen Versteck die Syphilis suchen oder gewisse bei der Lepra beschriebene Symptome unabhängig von Syphilis erklären.[2] Das von GORDONIUS beschriebene, bei der Lepra vorkommende Fieber nehme ich aber hier nicht mit in den Bereich unserer Betrachtungen.

Bei den vorhin erwähnten verschiedenen Auffassungen konnte es füglich sehr natürlich erscheinen, wenn nach der Entdeckung Amerika's, zu einer Zeit, in welcher sociale Verhältnisse, bekannte und unbekannte förderade Bedingungen, Kriege, klimatische Einflüsse, Demoralisation, herrschende Seuchen, das febris pestilentialis, Zusammenfluss verschiedener Nationen und — was immer die Steigerung einer schon vorhandenen Krankheit zur Epidemie veranlassten und ihren Character veränderten — dass die Aerzte die Krankheit als neu, als »morbum monstrosum, nullis ante saeculis visum, totoque in orbe terrarum incognitum« beschrieben.

Doch auch vor der Entdeckung Amerika's war nach AUSPITZ[3]) nicht

[1]) AUSPITZ, die Lehre vom syphilitischen Contagium, Wien, Braumüller 1866. pag. 26. JANUS I. 593. Aufsatz von LITTRÉ.

[2]) Hierüber mein Aufsatz: Aussatz und Syphilis. Nach den Quellen des BERNARDUS GORDONIUS. Archiv f. Dermat. und Syphilis. 1870. I.

[3]) AUSPITZ, ibid. pag. 28.

nur der Name »Morbus Gallicus«, »Mala Franzos« sicher bekannt: nach dem Stiftungsprotokoll zu St. Peter in Mainz wurde 1472 nicht nur ein Chorsänger vom Dienste dispensirt, weil er an »Mala Franzos« litt, sondern es wurden auch Epidemien einer Krankheit mit Symptomen, welche der Syphilis ähnlich waren, vor dem Jahre 1492 beschrieben, zu Rom 1483 nach PINCTOR, zu Salamanca 1488 von PETRUS MARTYR, zu Genua 1488 von DELGADO. Die verschiedenen bekannten sanitätspolizeilichen Erlasse der Magistrate und der Geistlichkeit, die Bordellordnungen vor dem Jahre 1492 sprechen nicht von Epidemien, noch von Allgemeinerkrankung, sondern nur von contagiösen Geschwüren der Geschlechtstheile.

Nach dem Jahre 1492 werden aber die herrschenden Epidemien von vielen Schriftstellern übereinstimmend unter dem Namen Morbus Gallicus (1492 in Spanien FULGOSI) beschrieben. Es herrschen auch Epidemien in Frankreich, TORELLA 1493 »incepisse hanc aegritudinem malignam in Francia et hic per viam contagionis pervenisse in Hispaniam« .... ASTRUC p. 433 nach Collectio Luisini, in Dänemark (WENDT) 1493, in Sachsen (Chronist des Saalkreises) 1493, in Barcellona (SCYLLATIUS) 1494.[1] Nach der Belagerung Neapels entstand für die Krankheit auch der Name Morbus Neapolitanus.

Die Krankheit wird beschrieben als mit örtlichem Uebel an den Genitalien beginnend, worauf eine Allgemeinerkrankung folgt. Dies beschreibt zuerst MARCELLUS CUMANUS, welcher als Feldarzt im Jahre 1495 die Seuche von Novara nach eigener Beobachtung schilderte. Diese Beobachtungen waren ASTRUC und GIRTANNER lange unbekannt geblieben und nach GIRTANNER als Randglossen auf den Rand der Chirurgie des Argelata vom MARCELLUS geschrieben und allerdings erst später von WELSCH durch den Druck veröffentlicht worden.[2] Die Beschreibung lautet Seite 30: »Dominorum Mediolanensium plures armigeros et pedestres ex ebullitione humorum me vidisse attestor pati plures pustulas in facie et per totum corpus, et incipientes communiter sub praeputio vel extra praeputium, sicut granum milii, aut super castaneam (Eichel) cum aliquali pruritu patientis. Aliquando incipiebat pustula una in modum vesiculae parvae sine dolore, sed cum pruritu: fricabant et inde ulcerabatur tanquam formica corrosiva, et post aliquot dies incurrebant in angustiis propter dolores in brachiis, cruribus, pedibus cum pustulis magnis. Omnes medici periti cum difficultate curabant. Ego cum flebotomica .... et durabant pustulae super personam tamquam leprosam, variolosam per annum et plus sine medicinis«. Derselbe Arzt erwähnt

[1]) Diese 3 letzten Autoren scheinen ASTRUC unbekannt gewesen zu sein.

[2]) GEORG HIERON. WELSCH sylloge curationum et observationum medicinalium. Augustae Vindelicorum 1668. 4.

nach GIRTANNER [1]) auch deutlich die Bubonen: »Ego MARCELLUS CUMANUS infinitos bubones, causatos ex pustula virgae« .... »curavi« .... Hieraus geht also hervor, dass die Bubonen bekannt waren. Obgleich allerdings die übrigen Zeitgenossen die Bubonen nicht oder nur andeutungsweise erwähnt haben (MAYNARD, Aphrod. I. 382., BRAND, FUCHS I. c. 6., HUNDT, FUCHS 322, LEONICENUS Aphrod. I. 26. Citat von AUSPITZ), so müssen wir die Aussagen des MARCELLUS als Augenzeugen der in Italien herrschenden Seuche für die Existenz der virulanten Bubonen in die Wagschale fallen lassen.

Ebenso spricht nach AUSPITZ pag. 31. De Vigo 1513 ausdrücklich von heissen und kalten Abscessen der Leisten, welche nur »propter malam hepatis complexionem aut virgae ulcerationem« entstehen können. Nicht minder deutlich sagt PARACELSUS 1523: »bubonem originem ducere ex commixtionibus viri et mulieris«.

Die Allgemeinerkrankung folgte der örtlich übertragbaren Affection, soweit die bekannten Stellen der Autoren darthun, nach dem Jahre 1492 schneller auf das Genitalgeschwür oder auf die örtliche Pustel, als dies heute zu geschehen pflegt. Die Folge hiervon war, dass, während man wegen der früheren grösseren Pausen zwischen dem bemerkbaren Auftreten des Localeffects und dem Allgemeinleiden im Alterthum und Mittelalter den Zusammenhang beider Symptome nicht, oder nur ausnahmsweise (GERHARDUS DE BERRY) erkannte, man nun aber beide Erscheinungen der Krankheit schon hier und da in Zusammenhang brachte, aber auch wohl untereinander mischte. Zum Theil deutete man deren Aetiologie nicht richtig und schenkte vor Allem den Allgemeinsymptomen, wo sie bemerklich wurden, als den stürmischen Krankheitserscheinungen die vorwiegende Aufmerksamkeit.

Dem Ausbruch der Genitalerkrankung und des Allgemeinleidens gingen Prodromalsymptome vorher. Wenn auch die Schriftsteller Angaben machen, aus welchen man heute die Meinung hat, dass die Pause zwischen dem örtlichen Affect und den Allgemeinsymptomen kürzer gewesen sei als jetzt, so ist nach den Beschreibungen jener Autoren noch nicht erwiesen, dass vom Moment der Infection, welcher meist nicht so genau bestimmbar war, bis zum Auftreten der Pustel und der Allgemeinsymptome ein durchschnittlich kürzerer Zeitraum verflossen sein müsse. Die örtliche Pustel war das erste bemerkbare Symptom einer für viele Fälle möglicher Weise lange Zeit vorher stattgefundenen Infection. Mit der örtlichen Pustel zugleich oder bald darauf traten die übrigen Prodromalsymptome, Unruhe, Schlaflosigkeit, Mattigkeit, heftige Schmerzen im Kopf und in den Gliedern ein.

---

[1]) GIRTANNER 1789, II. Bd. pag. 4, citirt die Ausgabe GEORG. HIERON. WELSCH syllog. etc. 1686. 4.

Diese Angaben stimmen bei fast allen Schriftstellern mehr oder weniger überein, sowohl bei denen, welche selbstständig als Aerzte und aus eigener Anschauung schrieben, als auch bei manchen anderen, weniger medicinisch gebildeten Gelehrten, welche, zuweilen Einer von dem Anderen, die Symptome kritiklos abgeschrieben hatten. Hierbei musste es kommen, so wandelbar die Manifestationen der Syphilis auch damals gewesen sein mögen, dass bei manchen Schriftstellern die Reihenfolge der Symptome ungenau und lückenhaft wiedergegeben wurde.

Wie lange dieses Prodromalstadium dauerte, ist nach den Angaben der Schriftsteller nicht zu ermitteln. Wenn wir aus den Beschreibungen ersehen, dass damals im Sinne dieser Schriftsteller ein mehr vorwiegend pustulöser Character der Grundformen und eine gewisse Acutität des Verlaufs eigenthümlich war, so finden wir auch heute noch hier und da zeitweilig endemisch einen heftigeren Verlauf der Krankheit wieder, wie wohl im Allgemeinen, Dank einer geeigneten Therapie und einer besser geübten Volksgesundheitspflege, die Bedingungen für ein epidemisches Auftreten der Syphilis nicht mehr geeignet zu sein scheinen.

Die Allgemeinerkrankung begann damals sehr häufig mit Fieber, welches zuweilen auch stärker war, und der Morbus Gallicus glich in dieser Beziehung den acuten exanthematischen Krankheiten. Wenn auch das Fieber als erstes Symptom der Syphilis vielfach unbeobachtet blieb, so hat dies zum Theil seinen Grund darin, dass dasselbe wahrscheinlich bei manchen Syphilisfällen wie auch heute nicht vorkam, und weil auch viele der damaligen wie der heutigen Aerzte dessen Existenz in anderen Syphilisfällen nicht berücksichtigten; zum Theil ist aber der Grund eben auch darin zu suchen, dass, weil mancher damalige, namhafte Arzt dieses Fieber nicht erwähnte, die Schüler und Zeitgenossen im Vertrauen auf die Autorität der Schule des Vorgängers und Lehrers die gegebene Beschreibung der Krankheit als vollständig anerkannten. Sie waren auf das Vorkommen des Fiebers von vornherein nicht hingewiesen worden. Manche beobachteten Fieber, sie führten es aber auf andere Krankheiten zurück, schilderten es nicht bei dem Symptomencomplex der Syphilis, sondern fassten wol auch, ihren Anschauungen gemäss, das Fieber als selbstständige Krankheit auf. Auspitz führt eine Stelle des Soyllatius auf, in der von Fieber bei Syphilis gesprochen wird: »Febris accensa vehementius« (Die Lehre v. Syph. Contag. 1866.)

Aus einer Reihe namhafter Schriftsteller, welche über die Syphilis geschrieben, und welche ich in den Quellen studirt habe, geht hervor, dass man das Fieber bei Syphilis sowohl in der Zeit, wo der Morbus Gallicus als Epidemie herrschte, als auch in den späteren Jahrhunderten gekannt und erwähnt hat.

Der Schriftsteller, welcher zuerst über den Morbus Gallicus geschrieben und ein kleines Buch zuerst herausgegeben hat, ist NICOLAUS LEONICENUS. Libellus de Epidemica, quam vulgo Morbum Gallicum vocant. Venetiis in domo Aldi Manutii Mense Junio MIIID. Von diesem sehr seltnen Buch befindet sich ein Exemplar auf der Königl. Bibliothek zu Dresden. Es ist hier zu lesen: »Rasis. Quare diximus Morbus Gallicus vel hac potissimum nota ab igne persico separatur, quoniam, *qui gallico morbo tentantur, febrem magnam experti non habent, vel ita exiguam ut vix sentiant.* Signa vero pustulae in hoc morbo apparuere subnigrae, et crustis similes qualis et igne adustis visuntur, eas puto potius ex eo fuisse genere pustularum, quas scribit GALENUS libro, quem de cholera nigra scribitur ex atra bile citra febrem oriti, quae hoc ipso ab anthrace, sive a carbone distinguuntur, quoniam hic cum febre, illae sine febrae sunt.

Decriptio morbi gallici. Morbus gallicus est pustulae ex varia humorum corruptione generatae propter nimiam aetis in calore, atque humiditate praesertim in temperiem, pudenda primum, deinde reliquum corpus cum magno plerumque dolore occupantes. Cur pudenda primum, deinde reliquum corpus obsederint jam antea ex GALENI expositione assignavimus.«

VUENDELIN HOCK DE BRACKENAU 1514 in dem vorhin citirten Tract. Mentagrae sive Morb. Gallic. Blatt 12 spricht sich im Allgemeinen über das Zustandekommen des Fiebers den damaligen Ansichten entsprechend aus, ohne dass mit Bestimmtheit die Angaben über Fieber bei Syphilis einen Aufschluss geben, weil hier das Mentagra und Ignis persicus des AVICENNA mit eingemischt wird: »Et si ad intra venas putrefiant, diversas febres causabunt: si vero ad extra expelluntur possunt causare pustulas vel apostemàta maligna ab igne persico et ex his apostematibus et pustulis potest sequi mors mentagrae. Et quae continue exeunt et non tarde nec difficulter et sunt sine febre et cum lenibus accidentibus praecipue doloribus (cur) cum constantia virtutis et appetitus bonitate sunt bonae. Signa autem prognostica ad malum sunt: si mentagra occultatur subito et non redeat ad exteriora: et faciat syncopim: est mala valde. Ista signa in variolis et morbillis sunt signa mortis, et eis associetur malicia anhelitus, et raucedo vocis.« Da nicht mit Bestimmtheit zu entscheiden ist, ob andere exanthematische, fieberhafte Krankheiten in der Beschreibung mit inbegriffen sind, so enthalte ich mich nach den hier angeführten Citaten zu entscheiden, ob HOCK das Fieber bei Syphilis aus eigener Beobachtung gekannt hat.

Ferner lag mir folgende sehr seltene Schrift vor: Ad excellentissimum dominum Ludovicum de Gonzaga Marchionem et Mantuae episcopum SEBASTIANI AQUILANI interpretatio morbi Gallici et cura. Die Epistel fand ich im Abdruck in einer Sammlung medicinischer Schriften unter dem Titel: Marci gartinariae de curis egritudinum particularium noni Almansoris prac-

tica . . . etc.; sie ist zu Lyon gedruckt: Lugduni per Joaum. Msr. DE CHAMBRAY anno 1515 die penultimo Martii und befindet sich auf der k. Bibliothek zu Dresden. Ich citire den AQUILANUS hier und lasse ihn in der Sammlung des LOUISINUS weg, da dort Dasselbe zu lesen ist.

Nach GIRTANNER: Abhandlung über die venerischen Krankheiten, Göttingen, DIETRICH. 1789. II. Bd., pag. 19, schrieb AQUILANUS diese Epistel im Jahre 1498, denn sie wird schon von Schriftstellern des folgenden Jahres citirt. Die ältesten Ausgaben sind alle verloren gegangen. Dagegen führt GIRTANNER die mir vorliegende Ausgabe nicht mit an, sondern nur zwei andere, die eine ebenfalls in Lyon 1506 in Quart, die andere zu Bologna 1517 in Octav. Diese seltene Epistel ist eine Streitschrift gegen den LEONICENUS, welchen AQUILANUS aber nicht namhaft macht.

»Ab isto igitur arguendo statim devertemus in cognitionem propriae speciei quam saeculo quaerebamus resumens verum ingrossari membrum per hunc morbum (der Morbus Gallicus ist gemeint) et pustulosim fieri cutim tantae grossitiei ut similitudinem habeat ad pellem elephantis subtiliantur et multae corporis partes et intumescit facies adeo ut satirica corpora videantur. Quae omnia tribuit GALENUS elephantiasi morbo ut statim ex diversis locis declarabimus. Nam ut certior fiat processus adducam verba GALENI secundum propriam seriem. Unde manifestum erit quantum ad hoc hunc qui serpit in populum morbum esse elephantiasim. In libro autem de cholera nigra. Apparent autem et aliter absque — febriendo plurimis pustulae secundum cutim factae — ingrossatam et exsiccatam — abundantem melancholica humore ipsum expellente foras, nam ex hujus genere est Elephantiasis.« In wie weit man ein sicheres Urtheil abgeben darf, ob die von AQUILANUS als Morbus Gallicus beschriebene und mit Anschwellung des Gliedes beginnende, von einem pustulösen, entstellenden Hautausschlag des ganzen Körpers und des Gesichts gefolgte Symptomengruppe unsere heutige Syphilis in sich begreife, lasse ich dahingestellt. Wenn AQUILANUS den GALENUS anzieht und die elephantia und die fieberhafte cholera nigra mit einmischt, so widerspricht dies nicht direct: denn, wenn auch die Elephantia eine besondere Erkrankung ist, die wir noch heute wiedererkennen, so wird z. B. auch von GORDONIUS[1]) die Lepra an anderen Stellen wieder anders beschrieben, und zwar gemeinsam mit Symptomen, die nur bei Syphilis vorkommen. Hier ist dann anzunehmen, dass ein von Elephantia behafteter auch von Syphilis ergriffen war oder auch in anderen Stellen, wo die Symptome der bekannten Elephantia undeutlich und unklar beschrieben wurden, dabei aber in der Beschreibung die Syphilissymptome vorwiegten, dass unter dem Namen Ele-

---

[1]) Siehe meinen Aufsatz über Lepra und Syphilis nach den Quellen des BERNARDUS GORDONIUS. Archiv für Dermatologie nnd Syphilis. Prag 1870. I. Heft.

phantia, welche wieder a. a. O. als eine Art der Lepra aufgefasst wird, die Syphilis gemeint war. Wenn nun endlich noch AQUILANUS die cholera nigra mit Fieber in seiner Beschreibung des Morbus Gallicus, den er übrigens deutlich genug characterisirt, hier einmischt, so konnte er sich einfach über die GALEN'schen Anschauungen nicht erheben und suchte die Beobachtung des Fiebers bei Morbus Gallicus durch GALEN'sche Sätze zu erklären.

Morbi Hispanici, quem alii gallicum, alii neapolitanum appellant etc. Auctore REMACLO F. Lymburgensi. Parisiis ad. Christ. Wechelum 1541.

Pag. 21: »modo ulcuscula in gingivis modo erodentes et serpentes per oris spaciositatem pustulas excitando, modo ad pulmonem asperam arteriam et pectus rheumatisando, tum excitata phthisis et *lenta accensa* febricula. quae eos ad extremum vitae diem non deserit, interdum ad gulam et ventriculum, et *jecur* et colon intestinum destillando corruptiones« .... »in coctiones et cruciatus dysentericos solet producere, quod mihi semel atque iterum vidisse contigit: pari modo et in juncturas, quae sunt excrementorum universi corporis veluti receptacula et lacunae, GALENO et AVICENNA testibus etc.« Verfasser vertritt also hier GALEN'sche Anschauungen, ist aber ausserdem bemüht, den Morbus Gallicus als eine von den Genitalien durch den Coitus ausgehende Krankheit aufzufassen und jene beiden Autoren GALENUS und AVICENNA als Gewährsmänner aufzuführen. GALENUS und AVICENNA haben aber über jene Abhängigkeit eines Allgemeinleidens (der Syphilis) von Genitalaffectionen nichts gewusst. Die hier erwähnte Stelle schildert Fieber. Quecksilberübel, Leberkrankheit u. s. w. Das Eruptionsfieber ist hier nicht deutlich herauszulesen.

Pag. 26. De signis morbi Gallici. Cap. V. Es wird hier die exanthematische Periode mit den sämmtlichen Symptomen im Hals, Drüsenanschwellungen u. s. w. nach vorhergegangenen pustulösen Affectionen an den Genitalien deutlich geschildert. Von Fieber ist Nichts ausdrücklich erwähnt. Weiter unten ist nur noch zu lesen: »Si capitis adest gravedo et nocturni dolores« etc. . . .

In der Sammlung des ALOYSIUS LUISINUS: De morbo Gallico 1566. Venet. apud Jordan. Zillettum, welche mit einer später veranstalteten Ausgabe verglichen wurde, Lugduni Batavor. 1728, sind die Werke der wesentlichen Schriftsteller, welche über den Morbus Gallicus bis zum Jahre 1566 geschrieben haben, gesammelt. Ich habe diese bekannte Sammlung durchgesehen und hebe aus derselben noch folgende Stellen hervor:

NICOLAUS MASSA. Dieser Autor erwähnt das Fieber nicht: »Morbus Gallicus est aegritudo nobis nova, in qua saepissime apparent pustulae diversae, et aliae infectiones cutaneae, et dolores musculorum, et apostemata dura, et ulcera maligna et in aliquibus sunt omnia, et in aliquibus non, sed sunt pustulae tantum, aut infectiones. aut dolores tantum, aut apostemata tantum.

vel sunt pustulae cum doloribus, aut dolores cum apostematibus vel cum ulceribus, quae fiunt a pustulis aut apostematibus ut dixit AVICENNA«.

N. MONTESAURUS erwähnt das Fieber nicht. Er citirt eine Stelle des ALMANSOR, welcher über die verschiedensten acuten und chronischen Hautkrankheiten spricht, und wobei MONTESAURUS einen Unterschied zwischen ihnen und dem Hautleiden des Mal-Franzos abzuleiten sucht: Cap. II. MONTESAURUS sagt: »non potest dici, hic (er meint die übrigen Exantheme) esse aliquam illarum aegritudinum. quoniam cum illis dispositionibus nonnunquam conjunguntur febres satis acutae perniciosae, quae in istis dispositionibus non apparent.«

JACOB. CATANEI DE LACUMARCINO de Morbo Gallico tractatus. Cap. IV. De signis Morbi Gallici. Verf. erwähnt kein Fieber. »Signa hujus morbi in se et absolute, de se sunt manifesta, et per se liquido patent. Cum enim aliquis cum infecta concumbit et post coitum in virga ardorem senserit, dubitandum est, ne ab hoc morbo corripiatur. Cum autem post secundum, aut tertium diem ardor non remittitur, immo potius virga ulceratur, jam venenum ipsi membro virili affixum est, timendumque vehementer ne per totum diffundatur corpus. Cum autem pustulae per corpus, et praesertim in facie et capite apparent, rheumatismusque deinde exulceratio gutturis et palati, doloresque per universum corpus, patientem noctu magis infectantes, haec ubi affuerint signa, morbum perfectum judicabis, nam talis est ejus proprietas.«

JOANNES BENEDICTUS erwähnt bei dem Ausbruch der Syphilis keine Fiebererscheinungen; desgleichen erwähnt HIERONYMUS FRASCATORIUS, Veronensis, De morbo Gallico das Fieber nicht.

In dem Buch: GEORGII VELLAE de morb. gallic. 1505 wird das Fieber ebenfalls nicht berührt, JOANNIS PASCHALIS führt kein Fieber an.

PETRI ANDREAE MATTHIOLI de Morbo Gallico opusculum: »De Morbo gallico Sanguineo. Morbus itaque Gallicus cruori admixtus sine compaginum dolore plerumque exulceratis pudendis, abscessus corporis, quae Graeci apostemata dicunt, interdum in dextro, nonnunquam in sinistro inguine aliquando utriusque gignit, qui rubentes calidique, et nonnihil in intumescentes continuam febrem saepius gignunt.« Der Autor beschrieb hier jene Fiebererscheinungen, welche bei eiternden Bubonen vorkommen.

ULLRICH HUTTEN, LAURENTIUS PHRISIUS, ALMENAR gedenken der Fiebererscheinungen bei Syphilis nicht mit bestimmten Ausdrücken. WENDELIN HOCK DE BRACKENAU: Siehe seine schon erwähnte Schrift.

ALOYSII LOBERAE. Abulani de Signis cognoscendi morbi Gallici. »Signa eorum, qui morbo Gallico laborant sunt pustulae cum aliqua duritie, vel durit. signa adsunt in radice unde capilli nascuntur, adest et tristis color in capite, et fronte, atque in aliis corporis partibus, cum oris excoriatione, praecipue vero si

post dormitionem capitis sentiunt gravitatem, ac dolorem, quae sole occidente incipiunt, et oriente evanescunt, distenditur porro dolor hic versus humores, fitque aeger et piger, et ignavis, et somnolentus, coloreque inficitur aut pallido, aut citrino, febremque cum doloribus sentit. Interdum in virga nonnulla ulcera cum duritie et callositate, quae sanari exacte nequeunt, perpetitur, quod Morbi Gallici signum certissimum est, maxime vero cum in inguine praecesserit apostema, quod bubonem dicunt.« In dieser Beschreibung ist das Fieber als Symptom der syphilitischen Allgemeinerkrankung aufgeführt. Die Schilderung des Verfassers ist klar und verständlich.

In LEONARDI SCHMAI de morbo gallico tractatus wird das Fieber nicht erwähnt.

PETRI MEYNARDI de morbo Gallico tractatus. Der Symptomencomplex des Auftretens der constitutionellen Erscheinungen wird sehr genau und richtig beschrieben; Fieber wird nicht ausdrücklich aufgeführt, doch sind die Fiebersymptome genau zu erkennen. »Et . . . non possunt dormire propter plurimos vapores, siccos ad caput ascendentes, et *pulsus eorum est parvus*, debilis, rigidus.« Harnsedimente und verschiedene Symptome einer acuten Allgemeinerkrankung werden noch aufgeführt.

In dem Buche des ANTONIUS BENIVENIUS und in dem Buche ALPHONSI FERRI *de ligno sancto* habe ich keine Bemerkungen über Fieber gefunden.

JOANNIS DE VIGO, GENUENSIS de Morbo Gallico tractatus. Die Beschreibung des Morbus Gallicus ist klar und deutlich. Das Eruptionsfieber ist aber nicht geschildert. Jedoch später wird die Bemerkung gemacht: »Ultimo loco vidimus febriculam oriri, quae tot praenominatis malis hominem quasi . . . . ad ultimum ejus diem conducebat.

Dem ANTONIUS GALLUS und GASPAR TORELLA »de pud. tractatus« scheint das Fieber unbekannt zu sein.

JOANNIS BAPTISTAE MONTANI de morbo Gallico tractatus. Im IV. Brief ist eine Krankengeschichte zu lesen, bei welcher Fieber angeführt wird . . . . »facta fuit febris accidens, quae removebitur remoto dolore. Tamen cum iste nobilissimus febri continua laboraret sine typo, et carnes ardentes habeat, et duritiem aliquam in pulsu, dubitandum est, ne febris sit in habitu . . . . Quid agendum est? purgatus est, et nunc exhibetur decoctum lign. sanct. a quo sanatur morbus Gallicus.«

JOANNIS MANARDI de lign. indic. epistola. Hier wird bei der Beschreibung und Definition der Syphilis Fieber nicht angegeben. Verfasser kommt aber auf den LEONICENUS zu sprechen und fügt hinzu . . . . »de quo vel suspicio haberi possit, quod Gallico vocato morbo laboraverit, omnes enim febrem et quidem vehementem sunt perpessi, in Gallico morbo, vel ipsomet LEONICENO teste, rarissimam.«

JOANNIS FERNELII, Ambiani de Lue vener. Dialogus. Dem FERNELIUS ist das Syphilisfieber unbekannt.

BENEDICTI VICTORII de Morb. Gallico Liber. Die Theorien der Superfluitates werden auch in Bezug auf die Syphilis abgehandelt, welche nach Verfasser ohne Fieber verläuft.

ANTONII MUSAE BRASAVOLI de Morbo Gallico Liber: »Ex pulsibus difficulter cognoscitur Gallica lues . . . . tamen cum febre plerumque careant, neque etiam habent certam rationem ex pulsibus.« Hier ist also ausgesprochen, dass bei Syphilis selten Fieber vorkommt.

NICOLAI MARCHELLI de morbo Gallico tractatus. In dieser Schrift wird bei der Beschreibung der Allgemeinsymptome Fieber nicht hervorgehoben, jedoch an einer anderen Stelle ist zu lesen: »Nam circa puris generationem dolores et febres majores fiunt quam dum est generatum«, womit ein Eiterungsfieber gemeint ist.

GABRIELIS FALLOPII de Morbo Gallico Tractatus. Ich führe folgende Stelle an: »De signis Morbi Gallici . . . . Statim cum adolescens infectus est, sentit levem lassitudinem spontaneam omnium membrorum, saevum morbum pronuntiantem, cum tamen prius robustissimus et animosissimus esset. Percipitur gravitas in corpore toto et praecipue in somno; sentit torporem, gravitatem, segnitiem in universo corpore . . . . Praeterea adest dolor vagus parvus per universas partes, nunc dolet caput, statim cessat, aditque humerum nunc dextrum, nunc sinistrum, linquit hos, invadit crus unum aut alterum et sic facit de singulis membris . . . .« Es wird weiter beschrieben: »Mutatio coloris . . . . Odor in manibus et pedibus . . . . Somnus interruptus . . . . Maeror. *Febricula*. Solet aliquando febricula adjungi ob fervorem circa viscera ferventia. Sed hoc raro fit.« Hierauf werden Bubo, Hauterscheinungen und die weiteren Symptome der Krankheit beschrieben. Zuweilen tritt also ein kleines Fieber ein.

ANTONII FRANCANTIANI de morbo Gallico liber und LEONARDI BOTALLI Luis ven. curandae ratio enthalten keine Angaben über Fieber bei Syphilis.

In der Schrift des AUGERIUS FERRERIUS de Pudendagra findet man keine genauen Angaben; vielleicht könnte die Stelle: »symptomata sunt capitis, colli et scapularum dolor, spinae quaedam perfrigeratio . . . .« die Andeutung eines Fieberfrostes enthalten.

PETRI HASCHARDI INSULANI de Morbo Gallico. »Cum quis igitur primo hoc morbo capitur (prius enim humores infectat, ac corrumpit quam partes praecipuas, aut solidas) sentit per universum corpus quandam lassitudinem ulcerosam, ac *punctiones* dolorosas cum *leni febricula,* praesertim corpore excalefacto.« Es folgen nun noch in der Beschreibung die übrigen Symptome der Syphilis, als Schmerzen, Bubonen u. s. w. Während also hier Fieber bekannt ist, so wird in folgenden Schriften: GUILLELMI RONDELETII de

Morbo Gallico liber, in BARTOLOMAEI MONTAGNANAE de morbo Gallico consilium und in MARINI BROCARDI de morbo Gallico tractatus von Fieber nicht gesprochen.

BERNARDI TOMITANI de morb. Gallic. Lib. I. TOMITANUS legt verschiedene Fragen vor, welche der Reihenfolge der Symptome entsprechen:

»30. Cur moesti, tristes atque cogitabundi fiunt?

31. Cur *febris* in illis interdum accenditur?

32. Cur in eisdem fit uveae, gurgulionis mollitudo, vocisque asperitas vel raucedo? Cur in faucibus fiunt ulcera?«

Aus diesen Fragen des Verfassers über die Krankheit erfahren wir unzweideutig, dass das Fieber bei Syphilis bekannt war. Das Fieber, welches »interdum« auftritt, wird vor den Halserscheinungen erwähnt. Das Fieber ist also nach diesen Angaben zuweilen eines der am frühesten erkennbaren Allgemeinsymptome.

PROSPERI BORGARUTII de morbo Gallico Methodus. De signis Morbi Gallici. Hier wird die im Beginn der Krankheit sich zeigende Müdigkeit und Traurigkeit beschrieben; darauf folgen die Worte: »Deinde in principio hujusce affectus, color, sive habitus faciei manifeste immutatur, et loco vivacis hominis splendidaeque faciei statim apparet inter quatuor, vel quinque dies mutatio in deterius. Suboritur etiam calor insignis in vestigiis manuum et pedum, somnolentia saepe interrupta, et quasi corporis inertia, moestitia, caries moderata, bubones moderati, *febricula* quaedam et gonorrhoea. Quae quidem signa morbi Gallici incipientis, non in pueris tantummodo, sed in qualibet aetate manifesta nobis occurrent.« Das nicht näher beschriebene Fieber wird als Symptom der Syphilis aufgefasst.

ALEXANDRI PETRONII de Morbo Gallico. Lib. II. Cap. XXII. »De Signis morbi Gallici« .... deinde bubones in inguibus, pustulae mori fructus figuram imitantes, dolores juguli, sterni, articulorum, dentium, gonorrhoea, menstrua alba, lassitudines totius corporis, graves calores interdum a lumbis incipientes, mox in ventriculam, ad thoracem, aut scapulas, in caput usque ascendentes, *febres diuturnae*, sed parvae, destillationes tusses, tubercula dura ....« Somit giebt PETRONIUS ein lange dauerndes Fieber bei Syphilis an.

NICOLAI MARCHELLI Tractatus de Morbo Gallico. Venetiis apud Andream Arrinavenum. 1555. Blatt 9. »Nam circa puris generationem dolores et *febres majores fiunt* quam dum generatum est«. Der Verfasser bringt die Steigerung des Fiebers mit der Eiterung in Beziehung. Vor dieser Stelle werden die Symptome der beginnenden Lues deutlich geschildert, darauf wird weiter unten fortgefahren: »Sunt praeterea tria alia symptomata, quae tunc potissimum deteguntur, quando morbus, jam toti corpori est communicatus. Primum est gravitas scapularum. Secundum est jugulorum et summorum

humerorum dolor, immo aliquando et brachiorum et crurum. Tertium est faucium rubor et calor«. Die Schilderung der Syphilis ist übrigens deutlich.

In den beiden Ausgaben AUGERII FERRERII Tolosatis medici doctissimi de lue Hispanica sive Morbo Gallico. Lib. 2. Parisiis ap. Aegid. Gallium 1564 und de Pudendagra, Antverpiae apud Martini Nutii Viduam anno 1564 werden die Allgemeinsymptome der Syphilis in dem Capitel Signa pudendagrae richtig geschildert, das Fieber wird aber nicht ausdrücklich erwähnt. Ausser den schon angeführten Gliederschmerzen, von denen noch gesagt wird, dass sie auch fehlen können, möge man höchstens die folgenden Worte als Kopfschmerz und Allgemeinsymptome auffassen: »Cetera symptomata sunt capitis, colli et scapularum dolor, spinae quaedam perfrigeratio, tuberositates in capite, brachiis et tibiis«. Die Aufeinanderfolge der Symptome ist hier abweichend angegeben, da Knochenauftreibungen in der Regel erst in späteren Perioden zum Vorschein kommen: »alopecia capitis et barbae, ceterarumque partium depilatio, unguium casus, pustulae in toto corpore et cutis defoedatio . . .«. Dieser Autor wird in der Sammlung des ALOYS. LUISINUS wieder erwähnt.

LEONI LUNENSIS de Morbo Gallico omnia quae extant apud omnes medicos cujuscunque nationis etc. Venetiis apud Jordanum Zillettum 1566. Luisinus.) Bei der Beschreibung des Morbus Gallicus wird unter den Symptomen anfangs kein Fieber erwähnt. Später aber folgt die Bemerkung: »Comitantur interim hunc morbum aliae quaedam malae affectiones, non usque adeo crebro, ut hae, quas numeravimus, ut ophthalmia, tubercula, nares cum erosione dehonestantia, articulorum luxatio, ossium fractura, Elephantiasis, aphthae praecipue post *argenti vivi* vel *minii* usum et postremo *febricula* ad tabem et paulo post ad mortem perducens«. Verfasser hat hier nicht das Eruptionsfieber im Sinne, sondern er meint das Fieber, welches durch Complicationen und unter dem Einfluss von Quecksilberpräparaten entsteht.

De Morbo Gallico: Wahrhaffte Kur PHILIPPI THEOPHRASTI PARACELSI. Strassburg, Christ. Müller, 1578. »Von dem neuen Aussatz pag. 197—198. Von dem neuen Gewülch oder Rothlaufen: Dies neue Gewülch nimpt seinen Ursprung so ein Fluss offen gewesen ist und gewont nach seiner Art zu genanten Zeiten sich raynigen, so nun derselbig geheilt wird und sollich Rainigung durch Unverstand des Artzets nit gewendt, so folget ein Erschüttern des gantzen Leibs mit Stechen. enge um die Brust, Frost und Hitz, einem starken Fieber gleich, oder Pestilenz, demnach einer geschwolenen Röte und Hitz. Wiewohl diss Gewülch nit allemal wol ausgeht, sunder etwa das verheilt wieder aufbricht und auffstosst, etwan so es das nit thun mag, zum Herzen gehet und etwan sogleich am Leben«.

Ob diese Stelle, welche allerdings nicht sehr deutlich ist, nicht auch als irgend eine andere Krankheit aufzufassen ist, mag dahingestellt bleiben.

Die Stelle wurde nur angezogen, weil sie uns die Angaben des berühmten PARACELSUS bringt, und weil gerade PARACELSUS die von ihm beschriebene fieberhafte Affection für eine syphilitische ansieht.

ACROASEIS *de virulentia Gallica*, sive lue venerea HIERONYMI CAPIAVACCEI Patavini. Francoforti, aere et operis Egenolphianis 1594. Dieser Schriftsteller hat die Syphilissymptome der Reihe nach ziemlich deutlich geschildert, jedoch machen sich noch die alten Ideen von HIPPOKRATES und GALENUS u. s. w. geltend, welche bei verschiedenen Gelegenheiten der Symptomenbeschreibung beigemischt werden. Verfasser spricht deutlich von Fieber, jedoch sagt er nicht, dass das Fieber ein exanthematisches sei. Die verschiedenen Symptome der Syphilis werden unverkennbar beschrieben; es heisst unter Anderem auf pag. 15, nachdem vorher das Ausfallen der Haare besprochen worden ist, ganz klar: »Indicabitur praeterea ex febre, quae solet circa vesperas exacerbari, et jam patet causa. Indicatur ex humoribus ex bubonibus et caeteris: ex casu dentium; praesertim si nihil antea sit praegressum, quod venenum sit, quod possit abradere gingivas. Indicatur ex carie, ex scissuris in manibus et pedibus, circa anum: ut verbi gratia si praegressum sit coitus sive alia causa de qua supra diximus«. Verfasser hat früher über die verschiedenen Uebertragungsarten der Syphilis gesprochen. »Indicatur etiam ex juvantibus (sive febris sit, sive aliud quiddam), non potuit curari nisi Alexipharmacis. Hunc igitur in modum cognoscetis luem dum agit«.

Pag. 24. »Lues . . . . cognoscitur ex propriis signis si sit febris ex signis febris, si bubo ex signis bubonis . . .«. Und weiter: »Totum esse affectum subjectum cognoscetis ex febre, quia est Morbus totius ex macie totius. Partem autem cognoscetis ex vitiis determinatis, verbi gratia, si gonorrhoea adsit, cognoscetis locum affectum«.

Auf pagina 74. De Affectionibus Luis curandis. »Affectus morbi sunt et symptomata. Quantum ad morbos, si recte intellexistis, si memoria mandastis, inter morbos libuit recenseri: 1) Febres, 2) Dentium casum, 3) Bubones, 4) Gummata, 5) Verrucas, 6) Pustulas, 7) Cariem ossium, 8) Corruptionem, 9) Ulcera, 10) Rhagadas, 11) Dolorem, 12) Tinnitium, 13) Destillationem«. Dem Fieber ist ein besonderes Capitel gewidmet: I. Febris. »Quantum ad febrem; advertatis quaenam sit illa Febris: Gallica, aut non (quia sit quandoque ex alia causa: si non est Gallica, succurratis febri. Gratia exempli, sit aliquis affectus Lue Venerea, accipiat decoctum ex Guajaco, subsequatur febris; intermittite et curate febrem. Ut in putrida biliosa, removenda est febris per Cholagora: Quod si sit febris venenata, exhibeantur antidota. Et advertant hoc loco juniores ne errent in curando et ratione totius et ratione Luis. Ratione totius: quia non possumus occurrere Lui, nisi prius totum sit expurgatum et febris remota, quare ratione totius prius secanda

[illegible] sit febris hectica. Ceterum [illegible] febris [illegible] debent esse medi-
[illegible]. [illegible] si sit febris putrida, non utimur pilulis Cochiis cum [illegible] quibus aliquid miscemus, nisi febris esset conjuncta [illegible] [illegible]. [illegible] Alexipharmaca debent esse mitiora [illegible] [illegible] quae prodit a lue Venerea, praesertim si sit hectica, in qua est [illegible] sanguinem purgare salvam. (Folgt Therapie.) Und weiter: »Si Guajac [illegible]. Lues a validitate Guajaci evocatur, roboratur Expultrix ut [illegible] eodem tempore et Lues et febris amoveantur.

Bei dem Hieronymus finden wir in dem Buch *de Lue Venerea*, spätere [illegible]ausgabe seiner Werke (Hieronymi Capivaccei Patavini Opera omnia. Venetiis 1601. Apud haeredes Melchioris Sessae), folgende Stelle (Caput primum): Materia luis etiam est putrida .... Quodsi vapores ab hac materia elevantur, et cor petant (quod tamen fit rarissime) febris excitatur. (Der Verfasser will hier sagen, es komme selten vor, dass das Herz ergriffen werde, und in dem speciellen Fall, wenn das Herz betheiligt werde, trete Fieber ein.) An anderen Stellen spricht er sich aber deutlicher über das Fieber aus, welches ihm ein bekanntes Symptom ist. Es wird nun weiter die Lues im Allgemeinen abgehandelt: »Quoad morbos, lues producit dyscrasias, tum communes, tum determinatas, ut *febres*, si enim virulentia haec agat in spiritus, eosque fervidiores reddat (quod fieri potest), ephemerae oriuntur, si fuligines emittat putridas, ut accendantur cordis humores, fiunt putridae, si caliditas impertiatur solidis, fit hectica ... Haec de effectis Luis. Sequitur ut tradamus (quid nam in homine a lue Venerea laedatur, totumne an pars). Dicimus ergo subjectum effectus ipsius virulentiae, posse esse et totum, et quamlibet corporis partem. Nam *febris, quae luis est effectus*, totius corporis vitium est, unde et cordis, haec enim lues summae est activitatis, et contraria non uni parte sed omnibus et toti humani naturae, non solum facultati naturali, ut quidam nugantur«.

Caput tertium. De signis. Hier werden die gewöhnlichen bekannten Symptome der Lues Venerea chronologisch beschrieben. »Signa generalia morbi Gallici latentis. Indicatur (morbus gallicus) praeterea *e febre*, quae solet circa vesperam exacerbari: causa e dictis patet. Indicatur e tumoribus, bubonibus et e casu dentium: praesertim si non fuerit progressum venenum, quod potuerit gingivas abradere. Indicatur e carie et scissuris in manibus et pedibus et circa anum. Praeterea e praegressis causis verbi gratia, si prae gressus sit coitus, sive aliae causae de quibus supra. Indicatur etiam e juvantibus: quando vitium sive sit febris, sive aliud, non cedit nisi alexipharmacis«. Und er schliesst die Bemerkung an, dass man sich bemühen müsse zu erkennen, wie lange die Lues im Körper schon latent gewesen sei. Signa specialia: Hier mögen u. A. folgende Worte angeführt werden: »Quoad putredinem: in signis putredo *cognoscitur e gonorrhoea admodum foetente*, ex

ulceribus foetentibus, e putrida febre« . . . . »Effectorum: Differentiae ab effectis, num scilicet lues excitarit morbos, an symptomata, cognoscuntur e propriis signis, et si sit febris cognoscitur e signis febris, si bubo, e signis bubonis« etc.

»Caput quartum. De praesidiis.« Hier finden wir u. A. folgende Stelle: »Quod ad Luis effectus in singulis triplicem hanc vehementiam considerare oportet, sive sint morbi, sive symptomata ut febris, dyscrasia jecoris calida, obstructio, tumores, casus dentium, ulcera« . . . .

Eine genauere Beschreibung des Fiebers bei Syphilis als die hier angeführten Notizen finden wir bei HIERONYMUS weiter nicht. HIERONYMUS lehnt sich übrigens in seinen Anschauungen über das Wesen der Krankheiten im Allgemeinen noch sehr an AVICENNA an. Doch sind auch die wenigen Notizen von einer gewissen Bedeutung, insofern wir hier den Gedanken von der Therapie des Fiebers bei Syphilis schon ausgesprochen finden, und weil HIERONYMUS ein grosses Gewicht auf die Behandlung dieses Fiebers legt.

Luis Venereae perfectissimus tractatus, ex ore Herculis Saxoniae Patavini Medic. clarissimi in academia Patavina ordinario loco professoris. Opera ANDREAE CHIETTII medici, ac. Philosophi Patavini. Patavii 1597. Apud Laurentium Pasquatum, Typographum Almae universitatis etc. Blatt 6. De signis luis incipientis. Cap VIII. Zuerst wird von der Entstehung durch Coitus und von dadurch erlangten Genitalgeschwüren und Bubo gehandelt. Dann folgen die Worte: »Cognoscentis autem haec luem habere connexam; primo si contigerint vel statim, vel paulo post Usum Veneris, praeterea si patiens lassitudinem, ignaviam, torporem, et melancholiam insuetam sentiat, si caput grave et dolens fiat: *Quibusdam febricula etiam supervenit.* Haec omnia symptomatis et morbis connexa ostendunt ea esse Venerea. Caeterum unum quodque propriis notis a benigno est distinguendum«. Hierauf wird sogleich das harte Geschwür an den Genitalien beschrieben, und dann folgt das Capitel: De signis Luis augescentis. Die Hauterscheinungen und Halserkrankungen werden deutlich angegeben, u. s. w. An dieser Stelle ist also das Fieber als Symptom der beginnenden Allgemeinerkrankung entschieden anerkannt.

Blatt 8. De Luis antiquae signis. Es werden hier die verschiedenen Symptome einer veralteten Lues aufgeführt. Hierauf steht zu lesen: »Fiunt quoque melancholiae, membrorum tremores. Laesa memoria, destillationes, exanthemata, procidentiae, columellae insanabiles, *tinuitus* aurium inexpugnabiles, Phthisis, *febres hecticae,* tabes, cachexiae, casus oculorum, dentium, aurium et nasi erosiones, uno verbo totius corporis pallor et imbecillitas.« Hier ist also von einem Fieber der späteren Syphilisperiode die Rede, welches auf Entzündungserscheinungen zurückzuführen ist und hectisch genannt wird. Blatt 8. De Signis Luis occultae. Es werden die verschiedenen

Organe der Reihe nach aufgezählt und daran schliesst sich eine, allerdings nicht scharfe, kurze Diagnostik; die syphilitische Erkrankung des Herzens wird beispielsweise aus dem Fieber erkannt. »Cor ex febribus. Jecor denique ab omnibus aliis affectionibus, qui vel imminutam, vel depravatam consequuntur sanguificationem.«

Bei CHRISTOPHORUS GUARINONIUS: »Consilia medicinalia autore CHRISTOPHORO GUARINONIO Veronesi, Venetiis 1610. Apud Thomam Baglionum, wird deutlich das Fieber bei Syphilis als Zeichen einer Allgemeinerkrankung angeführt. Consultationes medicae pag. 145, Consultatio 129. De febre et artuum dolore, ac macie cum suspicione gallica pro nobili Lavaniolo. In diesem Capitel wird das vorhandene Fieber bei einem an Morbus Gallicus Behafteten besprochen.

Ferner pag. 387 und folgende; Consultatio 366. De morbo Gallico. pag. 391. »Ac laboravit quodam mense febricula, illa quoque ad reliqua symptomata successit, fere tertio mense post guaiaci potiones, cujus febriculae initium sub noctem fiebat cum frigore, mane vero quiescebat« .... Aus dieser Stelle ist das Eruptionsfieber nicht deutlich zu erkennen. Man könnte hier ebenso gut ein intercurrentes Fieber annehmen. pag. 394. Consultatio 370. De Gallico cum comitiali symptomate pro Illustrissimo. Es ist u. A. hier zu lesen: »Mord. quoque humoris nota certissima est, quod lingua sub eo casu subito pustulas, et erosiones accepit« .... Und sogleich darauf folgt die Stelle: »Copiae pituitosae indicia fuere in toto corpore; quod tam grave diu fuerit, ut vix homo incedere posset, et quamquam carnibus nutritis videtur, illae tamen minime bonae sunt, cum onus afferant, non vim oneri ferendo partem, et se ipsae non gerantur, sed alienis vitibus egeant facit, quae vita careat, vomitus etiam pituitosi, pituitosaeque dejectiones alvi idem confirmant, et quoniam sine siti sit, *et frigus* circum ventriculum *sentiat* «

Auf pag. 616 ist zu lesen: »Consultatio 528. De suspicione morbi Gallici pro Illustri B. Curatio suscepta de suspicione gallici morbi est neque valde dubia ea videtur. Caries penis curata difficillima et post duos menses extincta, deinde reviviscens, et postquam medicamentis valentioribus iterum deleta est, tumor ille sub inguine, inferiori quidem, qua glandulae sint loco, cibi cupiditas exstincta, *capitis gravitas*, *et totius corporis horror* a quoque motu excitatus omnia conjunctim accepta mihi vitium, ipsum gallicum explicant, et ab aliis morbis circumscribunt.«

Hier wird also ein Schüttelfrost (horror) als Symptom der Syphilis neben anderen Zeichen aufgeführt. Annähernd wird hier der Zeitpunkt, zu welchem das Fieber eintrat, angedeutet, nämlich etwas später als zwei Monate nach dem Vorhandensein der Caries penis.

Noch deutlicher aber wird auf pag. 724 die Zeit bezeichnet, zu welcher das Fieber eintrat; nämlich zur Zeit der Angina syphilitica.

»Consultatio 604. De ulcere maligno in faucibus cum febricula et corporis extenuatione, ac catarrho Corporis extenuatio, jam diu incepit, et tunc, cum primum hoc ulcere tentaretur, non cessavit tamen ulcere sanescente, nunc vero cum tertio jam ulcus reversum sit extenuatissimo corpore est, quoniam nunc etiam primo tum tertia hac ulceris accessione febricula venit. Gallicum ulcus esse multa confirmant, sic ad remedia recte venietur. Interea tamen, ne ulcus columellam absumat, neve faucium majorem partem auferat, illi auxilia propria danda sunt, extenuationis quoque ratio multa habenda et febriculae. Itaque ulceri adhiberem oleum« . . . . Es folgt hier die antisyphilitische Therapie. Hierauf fährt der Verfasser weiter unten fort: »Postea bene purgato corpore hoc pacto, ut tenuitatem corporis omnia respiciant, ad potiones illas pro curando Gallico accederem, et quousque febris abigatur, eas mitiores darem, neque per vim sudorem elicerem, sed potius largis potionibus adhibitis viderem, si sponte moveri vellet« . . . . hier folgt wieder Therapie . . . . »Sic factum est et sudor sponte largissimus exibat, et febris sublata, ulcusque curatum.«

In dem grossen, umfänglichen Werke: PETRI FORESTI, Opera omnia, Francofurti 1634. Lib. I. De febribus Observatio XVII pag. 18 finden sich mehrere Beschreibungen, welche auf das Fieber bei Syphilis bezogen werden müssen. Zuerst erwähne ich eine Stelle, in welcher FORESTUS den Fall bei einer herrschenden Masernepidemie als Masern erklärt. Ein Mann von 34 Jahren erkrankte im Jahre 1562 am 4. October. Der Kranke wurde von heftigem Fieber (quam synochum [putrem] vocant) befallen und in Folge einer Venäsection vom Fieber befreit, so dass er schon am folgenden Tage (2. Tage der Krankheit) vom Fieber frei war. Tags darauf (3. Krankheitstag) stellten sich Prodrome ein, welche unter Wiedererscheinen des Fiebers auf ein Exanthem hindeuteten. Am 6. Tag vom Beginn der Krankheit gerechnet stellten sich Schmerzen im Schlund und Morbillenexanthem ein.

Am 7. Tag der Erkrankung wurden die anginösen Beschwerden so stark, dass Erstickungszufälle hinzukamen, Morbillen waren auch im Schlunde deutlich vorhanden. Die Entzündung wurde mittelst eines Spiegels untersucht: »At cum specillo argenteo guttur interius videremus inflammatum erat et columella similiter inflammata«. Am 14. Krankheitstag vollständige Genesung. Husten und Schnupfen sind auch beseitigt. Auffällig ist in dieser Krankengeschichte das Vorhandensein einer Angina bei Masern, ferner das gleichzeitige Auftreten einer heftigen Angina und Nasenaffection, da bei Masern die Anginen ebenso selten sind wie gleichzeitige Entwicklung einer Angina mit Nasen- und Lungenerkrankung. Letztere ist bekanntlich bei Masern eine häufige Complication. Auffällig ist ferner der später leichte Verlauf und die vollständige Genesung schon nach 14 Tagen.

Dagegen erinnert mich der ganze Verlauf des Fiebers, die gleichzeitige Angina und das masernartige Exanthem an eine mögliche syphilitische

Affection, ohne dass ich allerdings meine Behauptung sicher beweisen könnte. Besonders fällt die vollständige Entfieberung am 2. Tag auf. Allerdings Aderlass. Nachträglicher Wiedereintritt des Fiebers. Am 6. Tag Beginn der Angina und des Exanthems. Nachträglich noch Zunahme der Angina.

So vielfältig auch die Deutung dieses Falls sein mag, oder so einfach sie sein kann, wenn man ohne weitere Conjecturen die masernartige Erkrankung wegen der herrschenden Masernepidemie nicht bezweifelt, so mag diese Krankengeschichte Erwähnung finden, weil solche Verwechslungen von Masern und Syphilis vorkommen können. Ausserdem fand die Krankengeschichte besonders noch aus dem Grunde Platz, weil hier die Anwendung des Kehlspiegels beschrieben ist. Denselben erwähnt FORESTUS a. a. O. vielfach. Deutlich spricht sich aber FORESTUS über das Fieber zur Zeit der syphilitischen Angina aus: De Lue Venerea. Observatio V. »De muliere quadam Venerea lue infecta, ex ulceratione gutturis subito in anginam suffocantem incidente; a qua tamen liberata fuit.« In der Krankengeschichte finden wir unter anderen die Worte: »Eo tempore cum guttur intus inspicere possemus, speculo oris injecto, atque depressa lingua, ulcera Venerea in faucibus animadvertimus«. Es folgt nun die Therapie, ein Recept mit der Bemerkung »*quia febricitabat ob anginam praecedentem*, quae nunc paulo mitior erat«. Gleich darauf sagt FORESTUS weiter: »Virtute jam paululum roborata *ac febre* mitiore facta sequens solutivum tamen dedimus.« Von Exanthemen ist hier Nichts erwähnt. Der Fall ist ein Beweis für die Heftigkeit der Erscheinung und für Prostration. Im Anschluss an diesen Fall finden wir unter SCHOLIA eine ausführliche Beschreibung der Allgemeinerscheinungen der Lues Venerea, welcher wir folgende bezeichnende Stelle entnehmen: »Epilogus signorum demonstrativorum: Acceditque dolor capitis, qui incipit in occasu solis, qui saepe ad spatulas et aliarum juncturarum partes extenditur, et patientes fiunt pigri, somnolenti, et mutatur color ad pallorem: *et aliquando est febricula : et saepissime apparent ulcera virgae, quae sunt mala cum duritie callosa, quae tarde sanantur :* et pustulae fiunt circa pectinem : quae saepe a principio in his, qui per coitum inficiuntur sunt signa demonstrativa hujusce morbi sine fallacia et sequuntur apostemata inguinum, quae si suppurantur removent aegritudinem etc. Quandoque a principio apparent in gutture mollificatio uvae et apostemata scirrhosa mala quae non mutantur nisi raro, et ulcerantur ulceratione maligna ut in nostra hac muliere« . . . . Es folgt nun noch der weitere Verlauf der Syphilis im Allgemeinen, die späteren Symptome der Reihe nach geschildert, so die späteren »fissurae in volis manuum et plantis pedum cum squamis siccis, potissimum ubi morbus prolongatur«. Darauf folgen die Erwähnung der noch späteren Symptome, des Gumma u. s. f., nachher noch Bemerkungen über die Prognose.

Ueber die Zeit, in welcher das exanthematische Syphilisfieber auf-

zutreten pflegt, ist nach des FORESTUS Angaben in der gegebenen Beschreibung der Syphilis gar kein Zweifel.

Observatio VII. Scholia pag. 90. Es wird von der Anwendung des Lignum Guajacani gesprochen. »Hinc et Montanus de ligni Guajacani decoctione scribit, ut si quis hepar impense habeat calidum, et accesserit erysipelas vel febris, quo non sit in aqua simplici facienda« .... Das Guajacholz, von welchem bekannt ist, dass es gegen venerische Affectionen angewendet wurde, und welches auch hier in dieser Weise besprochen wird, sollte nach den damaligen Vorstellungen eine wesentlich verschiedene Wirkung nach seiner wässerigen und alkoholigen Bereitung haben, und es werden die verschiedenen Präparate desselben auch gegen die verschiedenen Symptome der Lues Venerea empfohlen, während einzelne Präparate des Guajac bei gewissen Symptomen der Lues schaden sollten. Hier ist nun die angeführte Stelle in folgender Weise im Zusammenhang zu verstehen. MONTANUS schreibt über das Decoct vom Guajacholz, dasselbe solle nicht als einfaches wässeriges Decoct gebraucht werden, wenn die Leber u. s. w. ..., wenn Erysipel, wenn Fieber vorhanden ist. Hier sind also Leberaffectionen nach den üblichen Vorstellungen der beliebte Sitz von venerischen Krankheiten. Unter Erysipel ist wohl die entzündliche Röthe der geschwürigen Stellen oder der Bubonen verstanden. Das Fieber, als Symptom der Lues Venerea, ist nur angedeutet.

JOHANNES CHRIST. VOLHARDT (STEGEL). Diss. De Lue venerea, Jenae 1642. Blatt 465. 39. »Incipientis nunc morbi signa sunt: Lassitudo et gravitas citra febrem in toto corpore, segnities a somno, linguae scabrities, dolor modo capitis, modo musculorum, modo artuum vagus et vehemens, sub noctem magis molestus, ulcera circa os, inflammationes circa mammas, fissurae, pustulae variae, coloris faciei floridi mutatio, circuli lividi sub oculis conspicui, quales in muliebribus menstruatis apparent: Haec tametsi nondum lues venerea dicantur, sunt tamen veluti rudimentum et character ejus impendentis. 40. Et hisce signis communiter sese prodit Lues Indica, extra congressum contracta.« Vielleicht ist hier wegen der Entzündung der Brüste anzunehmen, dass die Krankheit vermittelst des Säugens übertragen worden ist, welcher Modus der Uebertragbarkeit, in dieser Zeit, zu welcher die hier vorliegende Schrift verfasst wurde, hinlänglich bekannt war. Verfasser fährt fort: »Quod si vero per concubitum foedum communicata sit, sese manifestabit gonorrhoea, bubone, ulceribus et carie pudenti, ardore urinae, inflammatione testium, inflatione virgae, melancholia insueta, interdum etiam *febricula*.« Das Fieber kann an dieser letzten Stelle allerdings auch auf die Hodenentzündung bezogen werden.

Die nun folgende Stelle bezieht sich auf die Complicationen und secundären fieberhaften Folgeerkrankungen, welche durch die Lues hervorgerufen werden können. 57. »Quibus lue venerea laborantibus, Gallicae dictae *febres*

lentae, putridae et hecticae accedunt, communiter omnes pereunt, virulentia enim venerea, dum humores corrumpit, iis malignam qualitatem inducit, febrem graviorem reddit, et simul calorem innatum debilitat, unde nec febris nec morbus ille malignus a natura vinci potest.«

M. Andreas Löw. 1682. Jenae. Dissertatio de Lue Venera: Nachdem die verschiedenen, bekannten Symptome aufgezählt worden sind, folgt noch die folgende Stelle: »Ex vitalium classe visuntur syncope, palpitatio cordis, respiratio difficilis, febris hectica, asthma, peripneumonia, phthysis, tussis, empyema, pulsus irregularis, languidus, parvus debilis.

Charles Thuiller. Observations sur les maladies Veneriennes etc. Paris 1698. Erzählung einer Krankengeschichte, welche einen Capitän von 35—40 Jahren betrifft: »C'etoit un chancre sur la verge, fort dur et aussi gros qu'une féve. Pendans plus d'un mois il fut soigneusement traité en la manière ordinaire . . . . le mal augmentoit de jour en jour (Balanitis und Bubo treten hinzu), le palois devient douloureux, il s'y fit un vilain ulcère; toutes les nuits le malade avoit des redoublements *d'une fièvre lente*, il perdit presque le someil par un bourdonnement d'oreilles très-violent et très-importun et il fut reduit peu à peu à une extrème maigreur . . .«. Der Patient wurde bei Beginn des Winters behandelt, die Erscheinungen besserten sich bald, so dass er sich im Frühjahr in einem vollständig befriedigenden Zustande befand.

Auf pag. 150 wird der Ausbruch der Allgemeinerscheinungen, die Hauterkrankung geschildert; hierauf werden die Mundgeschwüre als ein Zeichen der fortschreitenden Krankheit zugleich mit entsprechenden weiteren Symptomen hervorgehoben. pag. 151. »La voix devient cassée et enrouée. L'on sent des abatements, des lassitudes et une si grande faiblesse et pesanteur des bras et des jambes, qu'on a peine à se lever et à se soutenir, les forces et la vigueur manquent. On peut ajouter à ce troisième dégré.« Unter den ersten Symptomen versteht Verfasser die localen, unter den zweiten die Hauterscheinungen, unter den dritten die Mundsymptome und gleichzeitigen Erscheinungen, les insomnies, les assoupissements u. s. w.

Steph. Blancard, Leipzig 1699. Die bettlägert und entsetzte Venus. In dem Buche ist eine Krankenstube mit Veranschaulichung der Kur abgebildet. Von Fieber wird hier Nichts erwähnt.

Dissert. med. de foeda lue Johannes Linder. 1705. Upsalis. Verfasser citirt die verschiedenen schon bekannten Ansichten über den Ursprung der Syphilis.

Pag. 11. »Primus autem hic nominatus est Pintor: hic autem (de Tr. cap. 24), quemadmodum luem Variolarum quandam esse speciem credidit, illas vero in alimento, uti appellat menstruali . . .«. Es wird weiter unten auf pag. 13 eine Stelle erwähnt, wo die Astrologen sich bemüht haben, über

den Ursprung der Lues ihre Ansichten zu sagen, und wobei man das Fieber dieser Seuche erwähnt. »Demonstrare quoque si possent. quoniam interim hospitio febris habitaret, distracta semel stellarum febrilium ovatione (dies sagt HELMONTIUS d. Tr. p. 844.). Die Zusammenstellung des Fiebers mit Constellationen kennzeichnet die unklaren Vorstellungen; wir erkennen aber, dass Verfasser das Fieber bei Syphilis gekannt hat.

JACOBI VERCELLI PEDEMONTANI de Pudentorum Morbis et Lue Venerea. Astae 1716. Apud J. Babtist. de Zang. Pag. 175: »Coetero *febris oritur* in tali casu ex eo quod retractum in venas pus«. Hier wird Fieber nach Gangrän syphilitischer Geschwüre beschrieben.

DIBON. Description de la nature des causes des maladies veneriennes. Paris 1725. Tom. II. pag. 226. *De la Fièvre.* Lorsque les esprits changez d'emanations virulents, où irritez dans le cerveau sont determinez vers le coeur et le poumon, où ils concourrent tumultueusement, le battement du coeur sera redoublé, ses contractions seront irreguliers et donneront les varietez qu'on remarque dans les pouls des febricants, des esprits se joignant en abondance avec le sang, ils doivent en augmenter les dégrés de chaleur, sa vitesse aussi étant augmentée, il sera puissamment attiré par les fibres de toutes les parties, et tout le corps deviendra en feu, et il y aura une inflammation générale: d'où il suit que la fièvre suppose une contraction du coeur augmentée, et plus frequente qu'a l'ordinaire: Il ne suffit pas que les esprits concourrent avec le sang dans le coeur pour mettre l'incendie dans toutes les autres parties, il faut encore un concours dans chaque partie .... On peut avoir une palpitation du coeur sans avoir la fièvre, le pouls peut-être irregulier, et intermittant sans fièvre, comme il arrive aux Verolez, *qui sont plutôt* sujets aux palpitations qu'à la fièvre, parceque les esprits, qui inquiètent le coeur et troublent la circulation du sang sont les seuls qui agissent, et le sang ne trouve point de concours d'autres esprits dans les parties pour les enflammer en y augmentant l'attraction du sang: mais ce qui prouve que la fièvre dépend d'une affection cephalique est le frisson, la petitesse du pouls, le tremblement, la pâleur, sa faiblesse, et les autres accidens, qui précédent immédiatement la fièvre, puisque la peur, la surprise et plusieurs passions, qui concentrent les esprits, et en suspendent les influences sur les parties produissent les mêmes accidents en assertants simplement le cerveau«.

»Les crises et la metastase.« Verfasser sucht in diesem Kapitel nach den Ideen der Metastasenlehre einen Zusammenhang zwischen dem Fieber bei Tripper und Syphilis, und wir entnehmen dem Kapitel folgende Stelle: pag. 226: »Le même arrive dans les maladies chroniques, on voit tous les jours les douleurs de reins, des rheumatismes dégénerer en affections hystériques, et lorsque celles-ci disparoisent, les autres reviennent, la goutte se

transforme en colique, en fièvre, en apoplexie, en outre affection cephalique, les longues fièvre intermittaintes sont guéris par des tumeurs et des éruptions à la peau; mais sans sortir de nôtre sujet ne voit on pas tous le jours une chaude-pisse se transformer en bubon, le bubon en chancre, en excoriations à la peau, les chancres du prépuce disparoître, et le laindemain la gorge, les amygdales sont enflammées, et souvent la luette relâchée: on remarque bien par là une espèce de correspondance dans les maladies Veneriennes, entre les parties de la generation et les parties intérieur de la bouche.« Der Verfasser hat von seinem Gesichtspunkt aus die Art und Weise vom Zustandekommen des Fiebers entwickelt. Wenn ich es auch unterlasse, die Theorie des Verfassers einer Kritik zu unterziehen, so geht doch so viel hervor, dass dem Verfasser Fiebererscheinungen bei Syphilis wohl bekannt sind.

Daniel Turner. Syphilis. Zelle und Leipzig. 1754. Bei der acuten Eruptionsperiode wird kein Fieber erwähnt, doch in Betreff der Gummaentwickelung spricht sich Verfasser folgendermassen aus. »Wenn Einer an einer französischen Hectica leidet« u. s. w. Turner stellt die Prognose einer syphilitischen fieberhaften Lungenerkrankung im Ganzen günstiger als bei der nicht syphilitischen Lungenschwindsucht, wenn der Patient in der früheren Syphilisperiode noch kein Quecksilber erhalten hatte. Dieser Ausspruch ist insofern noch besonders interessant, weil auch neuerdings über der Differentialdiagnose zwischen tuberculösen und syphilitischen Lungenaffectionen gesagt wird, dass die letzteren meist einen günstigeren Verlauf als die ersteren erwarten lassen.

Astruc, de Morbis Venereis libri sex 1736, pag. 296. Cap. I. Lib. IV. IX. Laesio function. animal. »Functiones universales totius corporis atrophia, marasmo, virium languore, prostratione, imbecillitate: vultus decoloratione, pallore, livore; febre intermittente, periodica, anomala, erratica, febre continua lenta, hectica, colliquativa, marasmode«. Und Lib. IV. Cap. III. Laesiones function. pag. 320. 3. »Febres intermittentes oriuntur, si cacochylia a ventriculo primisque viis in sanguinem traducta aut amuria recromentorum, quae in sanguine retinentur, solitam circulationis oeconomiam pervertant. 5. Febres lentae ab iisdem causis contumacioribus, vel quod frequentius est, a doloribus atrocibus, ab exulcerationibus variarum partium a gummatis, notis aut exostosibus putrescentibus, ab abscessibus internis etc. quae singula in lue venerea inveterata plerumque perpetua sunt«. Hier findet ein Fieber Erwähnung, welches mit intermittirendem Character in Folge von Entzündungserscheinungen der Knochen und Gummaentwicklung bei inveterirter Syphilis beobachtet worden ist.

Pag. 321: Cap. IV. Fieber bei Bubo. Si suppuratio febre etc.

Andreas Acazar. 1575: L. de morbo gallico. Cap. 5 (citirt von Astruc, pag. 495). Das Buch von Acazar lag mir nicht vor. Fieber bei

Caries ex syphilide. »Cum corpus non solum ulceribus aliisque affectionibus dictis affligitur, sed etiam corrosione ossium et carie atque febricula corpus extenuante.

Ueber Fieber nach Anwendung von Quecksilber: ASTRUC Lib. IV. Cap. 8. pag. 365. »Febris continua vel intermittens. Quandoque citra graviorem ullam perniciem aeger febre tentatur post tertiam quartamve inunctionem, continua vel intermittente, intensa vel remissa etc. qua oris interiora impense calent, salivatio supprimitur vel remittitur, spiritus aegre ducitur, caeteraque omnia invehuntur symptomata, quae febris propria sunt, sed vulgaribus tanto pejora, quod Mercurius per diversa loca exitum moliens in sanguine tumultuetuer.

Provenit febris illa e gemina causa. 1. Quod neglecta ante hydrargyrosim praeparatione nec primarum viarum cacochylia educta fuerit, nec vitiosa sanguinis acrimonia emendata. 2. Quod Mercurius praecipitantius administratus sit, atque adeo impete facto turbas nimias in sanguine cieat.«

Lib. IV. Cap. IX. pag. 375. Ueberschrift. »Febris advenit et caput intumescit, si aegri vagentur dum remedia adhibent.« Es werden nun ausführlich die Symptome des Merkurialismus, Salivation, Entzündung der Speicheldrüsen u. s. w. beschrieben.

Die sämmtlichen von ASTRUC angegebenen interessanten Data über das Fieber bei Syphilis werden, wie spätere Angaben erörtern werden, auch von Beobachtern aus der neuesten Zeit angeführt, ohne dass man auf ASTRUC hierbei hingewiesen hatte.

DR. SAMUEL SCHAARSCHMIDT, Professor in Berlin, Abhandlungen von den venerischen Krankheiten. Berlin 1759. pag. 323. Nachdem der Verlauf der Syphilis geschildert worden, macht Verfasser die Bemerkung . . . »bis zuletzt ein schleichendes Fieber und hectisches Fieber solchen armseligen Patienten von diesem Elend durch den Tod befreyen«. Verfasser spricht also von hectischem Fieber als Folge der Syphilis, was er übrigens als etwas Bekanntes voraussetzt.

Es muss jedoch bei Beurtheilung der Beschreibung dieses »hectischen« Fiebers einer veralteten Syphilis (von einem exanthematischen Fieber in einer frühen Syphilisperiode erwähnt Verfasser Nichts), — berücksichtigt werden, dass er mancherlei Symptome mit aufführt, welche nicht der Syphilis angehören.

FABRE, Abhandlung der Venerischen Krankheiten, übersetzt aus dem Französischen von Franz Schröder, Kopenhagen 1777. Es wird hier bei den Hautkrankheiten kein Fieber erwähnt.

JOH. HUNTER, Abhandlung über die venerische Krankheit. Aus dem Englischen. Leipzig, Weidmanns Erben und Reich, 1787. pag. 506. »Von den localen Wirkungen, welche aus der venerischen Constitution des Körpers

entspringen, als kritisch betrachtet — von dem symptomatischen Fieber.« »Es ist nicht ausgemacht, in wie fern die aus der Constitution des Körpers entstehenden Hautausschläge oder localen Wirkungen dieser Krankheit ein Bestreben der Natur sind, sich selbst von dieser Krankheit zu reinigen ...«. pag. 507. »Allein es bringt die venerische Materie, wenn sie in die Constitution des Körpers übergeht, eine Reizung zu wege, welche ohne eine Fortdauer der Einsaugung fortgesetzt werden kann, und der Körper hat kein Vermögen, sich einige Erleichterung zu verschaffen oder selbst zu helfen, daher denn das venerische Uebel immerfort zunimmt. Es ist dieser Umstand vielleicht eines der besten Unterscheidungskennzeichen der wahren venerischen Krankheit, denn in Ansehung ihrer Geschwüre und Pusteln ahmen ihr oft andere Krankheiten nach, welche, indem sie nicht diese Eigenschafft besitzen, zuheilen und in einem anderen Theile wieder ausbrechen . . .« . pag. 508. »Nehmen die angesteckten Theile die venerische Wirkung an, so finden wir insgesammt ein Fieber, Unruhe oder Mangel des Schlafs und oft Kopfschmerzen. Ich glaube aber, dass diese Zufälle vielmehr dieser Krankheit alsdann eigen sind, wenn die zweite Ordnung der Theile, die Knochenhaut und Knochen, in Bewegung gerathen oder leiden, ob man gleich die erwähnten Zufälle bei der ersten findet. Entspringen diese Zufälle von den localen Reizungen, welche die ganze Constitution des Körpers angreifen? Oder rühren dieselben blos von der Sympathie der Theile her? Die unmittelbare Ursache mag aber sein, welche sie will, so weichen die Zufälle doch nicht eher, als bis die örtlichen Reizungen weggeschaft sind. Anfangs hat das erwähnte Fieber viel von dem Ansehen eines rheumatischen Fiebers, und nach einiger Zeit nimmt dasselbe viel von der Natur des hectischen an. Diese Zufälle (allgemeinen Erscheinungen) brechen oft aus, ohne dass sie von einer localen Wirkung abhängen oder damit verknüpft sind; ist dieses der Fall, so wird es sehr ungewiss, was für eine Krankheit gegenwärtig ist: denn es macht bei einem Beweise von irgend einer Sache, welche sich nicht geradezu ausmachen lässt, die Verbindung der Umstände den Beweis aus. Viele der erwähnten Zufälle weichen auf den Gebrauch des Quecksilbers, welches wahrscheinlicher Weise der einzige mit dieser Krankheit verknüpfte Umstand ist, der einen Beweis für die venerische Natur derselben abgiebt ... Heilte das Quecksilber allemal dieselben (Zufälle), so würde es keinen wesentlichen Unterschied ausmachen, man möchte sie nennen wie man wollte. Es verdient jedoch einige Betrachtung, in wiefern das venerische Gift, wenn solches in dem Körper verbreitet ist, allemal locale Wirkung hervorbringt oder nicht; dass es dieses thut, wissen wir gewiss; ob es aber jemals eine Ursache innerlicher Zufälle ist, dergleichen ein Verlust des Appetits, Verderbniss der Säfte, Schwäche, Mangel des Schlafs und Fieber sind, welches letztere zuletzt in ein hectisches ausartet, das ist ungewiss, und ebenso ungewiss ist es, ob das

venerische Gift jemals im Stande ist, locale Wirkungen blos von Reizungen ohne eine widernatürliche Veränderung der gereizten Theile hervorzubringen, dergleichen Husten, Auswurf aus den Lungen, Purgiren, Kopfschmerzen, Uebelkeit und Schmerzen in verschiedenen Theilen des Körpers zu sein pflegen, welche den rheumatischen Schmerzen gleichen, aber nicht von einer Veränderung der Structur des Theils, als wie bei den anfangenden Knoten herrühren. Finden solche Wirkungen statt, so muss sich der Arzt in dergleichen Fällen auf die Geschichte der Krankheit verlassen und seine Meinung nach der Wahrscheinlichkeit sagen. Dergleichen Beschwerden kommen öfterer den Aerzten als den Wundärzten unter die Hände, welchen letzteren ich eine besondere Aufmerksamkeit darauf zu verwenden empfehle. Das nach einer venerischen Reizung entstehende Fieber bringt, wie die meisten anderen Fieber, die Constitution des Körpers in Unordnnng, welche letztere deshalb solche Wirkungen annimmt, zu denen sie den grössten Hang hat. Es vermag dasselbe an vielen Theilen des Körpers Drüsengeschwülste hervorzubringen, und es können wahrscheinlicher Weise viele derjenigen Knoten, welche während dieser Fieber sich erzeugen, von dem Fieber ihren Ursprung haben, und es nimmt das Fieber, indem es jeder solchen Wirkung ähnlich ist, von was für einer Ursache es auch herrühren mag, an derjenigen Krankheit, welche es hervorbrachte, keinen Antheil; denn es ist nicht venerisch. Dieses Fieber findet blos in denjenigen Constitutionen des Körpers, welche gegen eine solche Wirkung sehr empfänglich sind, wo die prädisponirende Ursache stark ist, und wahrscheinlicher Weise bei einer solchen Witterung statt, welche am geschicktesten ist, dasselbe zu erregen, indem es weiter nichts als die Hinzukunft der nächsten Ursache bedarf, um sie in Bewegung zu setzen. Solche Fieber weichen wieder von selbst, sobald als wie die prädisponirende Ursache dazu, dergleichen z. B. die Witterung ist, aufhört.« Wir sehen, dass JOH. HUNTER das Fieber bei Syphilis als Zeichen einer constitutionellen Erkrankung gekannt hat. Er unterscheidet unverkennbar dasjenige Fieber, welches von localen Entzündungserscheinungen herrührt, und hebt auch ein Syphilisfieber hervor mit den Worten: »Diese Zufälle brechen oft aus, ohne dass sie von einer localen Wirkung abhängen«, ein Fieber, welches wie bei anderen constitutionellen Erkrankungen zu Stande kommt. Er unterscheidet dasselbe unverkennbar von dem hectischen Fieber, welches in späteren Perioden der Syphilis eintreten kann und dann auf consecutive Krankheitsveränderungen zu beziehen ist. HUNTER vergleicht dasselbe mit dem rheumatischen Fieber, obgleich er es unzweideutig als Symptom der Syphilis auffasst.

RIBEIRO SANCHEZ, Beobachtungen über die Lustseuche. Deutsche Uebersetzung. Nürnberg. Felsker, 1788. Selten. pag. 151. »Von den Krankheiten, die durch die chronische Lustseuche von den Jahren der Mann-

barkeit an erregt werden. In diesem Alter erscheint das venerische Gift unter allerhand oft schwer zu erkennenden Krankheiten, als hartnäckiges Quartanfieber, Gicht, Rheumatismus, Lähmungen, Wahnsinn, Ohrenweh, Augenkrankheiten, Herzklopfen, Magenbeschwerden, Gelbsucht«. Pag. 65. »Beiläufig erinnere ich, dass ich in der Abhandlung über den Ursprung und das höhere Alter der Lustseuche bewiesen habe, dass dieselbe im Jahre 1492 und 1494 als ein pestartiges. epidemisches Fieber erschien und also wenigstens in den ersten 24 Stunden krampfartig auf den Körper wirke.« Aus dieser Arbeit Sanchez's: Examen historique sur l'apparition de la maladie venerienne en Europe et sur la nature de cette Epidemie. A Lisbonne, 1774, welche der Verfasser selbst citirt, die mir aber wegen ihrer Seltenheit leider nicht zugänglich ist, führt auch Rosenbaum, Geschichte der Lustseuche etc. Halle 1845, Folgendes an: »Resultat: Die venerische Krankheit herrschte als Febris pestilentialis im März 1493, nach Carl's VIII. Ankunft in Italien, 1494 erhielt sie den Namen Morbus Gallicus; die im Alterthum beobachteten venerischen Affectionen sind von der venerischen Krankheit seit 1493 verschieden, die Spanier brachten sie nach den Antillen, die Franzosen waren bereits angesteckt, als sie nach Italien kamen, wo dieselbe Krankheit schon vor ihnen herrschte. Die ersten Seefahrer melden Nichts davon, dass sie diese Krankheit bei den Wilden gefunden haben.« Sanchez führt in seiner mir zugänglichen, oben schon benutzten Schrift »Beobachtung über die Lustseuche, 1788« noch einige Punkte über das fieberhafte Auftreten der Syphilis an: (pag. 67) »Die epidemische pestartige Seuche, welche zuerst in Italien, im Jahre 1493 sich zeigte und im darauf folgenden Jahre unter dem Namen Morbus gallicus bekannt wurde, endigte sich damals durch einen dem Aussatz ähnlichen, borkenartigen Ausschlag, daher auch die damaligen Aerzte so davon geschrieben, sie unter dem Namen Elephantiasis characterisirten, und wenn wir dem Sebastian Aquilanus glauben dürfen, so starben damals Viele ebenso geschwind weg, wie es heutigen Tages von der Pest bekannt ist, überhaupt sieht man daraus, dass die ersten Anfälle der Lustseuche in jener Epidemie mit denen von der Pest, von giftigen Verwundungen gar sehr übereinkamen.« (Sebastian Aquilanus starb im Jahre 1511 zu Mantua.) »Peter Pintor beschreibt den Anfang dieser Epidemie, so wie sie in den Monaten März und August sich zeigte, als eine hitzige Krankheit mit heftigem Fieber und fürchterlichen Zufällen begleitet. Schade, dass dieser Arzt zu geschwinde über die ersten Symptome dieser Krankheit hinweggeht . . . .«

D. G. Ziegenhagen. Aus dem Lateinischen in's Deutsche übersetzt von Gottfried Essich: »Unterweisung alle venerische Krankheiten«, pp. Augsburg, Joseph Wolff, 1789. pag. 64. Verfasser erwähnt das Fieber bei eiternden Bubonen; er hält aber merkwürdiger Weise, wie auch Joh. Hunter,

das Fieber für die Ursache des Bubo und nicht den Bubo als die pathologische Unterlage, für einen bestimmten Grad einer entsprechenden febrilen Bewegung.

WILLIAM NISBET, Abhandlungen über die Lustseuche. Aus dem Englischen übersetzt von Fr. Michaelis. Leipzig, Caspar Fritsch, 1789. 4. Hauptabtheilung, pag. 230. »Von der völligen, oder im ganzen Körper verbreiteten Lustseuche (constitutional disease), § 293. Verfasser spricht sich in folgender Weise recht deutlich und klar über das Fieber aus: »Wenn das venerische Gift auf eine entweder von Natur oder durch Vereiterung poröse und oben unter den Folgen des Trippers beschriebene Fläche gebracht wird, so wird es bald durch die Verrichtung und Thätigkeit der daselbst gelegenen lymphatischen Drüsen geführt, und ein Bubo, wie wir nur eben beschrieben haben, erzeugt, oder es geht ohne diesen Aufenthalt (VIRCHOW ist auch der Meinung, dass in den Lymphdrüsen für das syphilitische Gift ein Aufenthalt, ein Hinderniss entstehe, wodurch das weitere Vordringen des Giftes in den Körper verzögert werde) geradezu in den Brustgang, wird hierauf mit der ganzen Blutmasse vermischt und in den allgemeinen Kreislauf der Säfte gebracht. Aus dieser Vermischung des Giftes mit der Blutmasse entsteht ein leichter Reiz im Körper, der bei dessen Absetzung auf besondere Theile mehr oder weniger Fieberschauer erregt, die aber freilich sehr unbedeutend sind, so dass sie gemeinlich von den Kranken nicht einmal deutlich gefühlt, noch auch von den Schriftstellern bemerkt, sondern anderen zufälligen Ursachen zugeschrieben werden: bis es sich endlich nach einem Zeitraume durch verschiedene Zufälle zeigt, dass die völlige Ansteckung (constitutional taint) der Lustseuche sich des ganzen Körpers bemächtigt habe.« § 294. Der Zeitpunkt, wo diese Zufälle erscheinen, ist überaus sehr unterschieden. Allein, eine Mittelzeit zu bestimmen, könnte man eine sechs Wochen lange Periode nach der Ansteckung annehmen, doch aber ist dieser Zeitraum in einigen Personen viel kürzer; denn man hat gefunden, dass er auch nur 12—14 Tage gedauert hat: Die nämlichen Umstände, welche ihre ursprüngliche Wirkung verursachen, kommen auch hier in Betrachtung.«

Darauf spricht Verfasser von den weiteren Erscheinungen der Krankheit, vom Hautausschlag, von den Halsgeschwüren. Den Halsgeschwüren wird (nach des Verfassers Vorstellung) wegen des Zusammenhangs mit den Zeugungstheilen eine Vorliebe zur Ablagerung des venerischen Giftes zugeschrieben. Ferner wird von den Knochenkrankheiten gehandelt. § 315. »Wenn nun die volle Lustseuche bereits lange gedauert hat, und der Körper bereits eine geraume Zeit von dem anhaltenden Reize des Krankheitsstoffs gelitten hat, so entstehen auch gewisse Beschwerden, die die zum Leben unentbehrlichen Organe betreffen, weil vorzüglich eine allgemeine Mitleidenschaft unter allen Theilen des Körpers herrscht, welche während der Krank-

heit noch mehr erhöhet und empfindlicher gemacht wird, und daher kommen die Symptome des hectischen Fiebers. Sie zeichnen sich namentlich durch verlorenen Appetit, Kopfschmerz, leichte Fieberschauer, die mit Hitze begleitet werden, aus, und wo der Grund dieser Zufälle in den Lungen liegt, so kommt ein beschwerlicher Husten und bald ein eitriger Auswurf dazu. Bisweilen liegt zwar auch die Ursache dieses Uebels in der Leber, woselbst gemeiniglich ein Scirrhus sich erzeugt, und bisweilen, obgleich weit seltener, nimmt man auch diese scirrhöse Veränderung in den Drüsen der Weichen oder in den Hoden wahr, wiewohl diese Art von Scirrhus hier eine weit grössere Neigung zeigt, sich durch Vereiterung heben zu lassen, als in jedem anderen Falle.

§ 316. Wir hätten nun also bisher die vornehmsten Systeme der vollen Lustseuche mit ihrem gewöhnlichen Verlauf bis zum Ausbruch des hectischen Fiebers abgehandelt, und dass das letztere blos eine Wirkung der Mitleidenschaft ist und auch von jeder anderen reizenden Ursache entsteht, die den Körper lange hintereinander abmattet und nicht, wie gemeinlich zu geschehen pflegt, irgend einer Einsaugung von Eiter in den Körper zugeschrieben werden muss . . . .«

Der Verfasser, welcher seine Ansichten über die Entstehung des Fiebers entwickelt, und aus dem Vergleich der Syphilis mit anderen Krankheiten ableitet, unterscheidet erstens das Fieber, welches im Beginn der Krankheit als Zeichen der vollzogenen (constitutionellen) Allgemeininfection sich einstellt und zweitens ein Fieber von hectischem Charakter, welches in den späteren Perioden der inveterirten Krankheit entstehen kann.

Samuel Hahnemann. Unterricht für Wundärzte über die venerische Krankheit; Leipzig, Crusius 1780.

Pag. 152 ist das Quecksilberfieber erwähnt.

§ 402 . . . . »so erregte ich zuerst einen kleinen Anfang des Merkurialfiebers. — Ich brachte den Mund wieder in Ruhe, und sobald der gutartig aufgebrochene Bubo zu seiner Heilung den Anfang machte, erregte ich durch schnell verstärkte Gaben des auflöslichen Quecksilbers ein zweites stärkeres Merkurialfieber, welches die Vernarbung und gänzliche Tilgung des Giftes bewirkte.« Hahnemann erwähnt noch besonders und deutlich das Eruptionsfieber pag. 161: »Die Natur der Lustseuche besteht in einem eigenen, durch den ganzen Körper verbreitetem Reize specifischer Art, welcher aber nur bei empfindlichen Personen sich mit einem kleinen Fieber, mit Unruhe, Mangel des Schlafs und des Appetits, Kopfschmerzen u. dergl. zeigt. Das Fieberchen scheint anfänglich rheumatischer Art zu sein und allmählich in ein abzehrendes auszuarten. Das Fieber kann zugegen sein, ehe die Localübel ausbrechen und dann ist's durch Quecksilber leicht heilbar oder umgekehrt.«

§ 419. »Die Lustseuche wird durch allerhand Unordnungen im Körper, Verkältungen, Erhitzungen, Fieber u. dergl. zum geschwinderen Ausbruch gebracht.« HAHNEMANN unterscheidet also deutlich ein der Syphilis zugehöriges Fieber von anderen die syphilitische Krankheit complicirenden fieberhaften Affectionen, wobei ihm das durch Quecksilber hervorgerufene Fieber ebenfalls bekannt ist.

FRITZE, Johann Friedrich, Professor. Handbuch über die vener. Krankheiten. Berlin 1790, bei Rottmann. enthält Nichts von Eruptionsfieber, doch führt er das hectische, terminale Fieber auf und macht nur die von Vielen gleichlautend wiedergegebene Beschreibung: »Nach und nach gesellt sich zu allen diesen Symptomen ein hectisches Fieber, welches die nur schwach lodernde Lebensflamme endlich gänzlich verzehrt.

DOMENIKO CIRILLO über die venerischen Krankheiten. Aus dem Italienischen von J. G. Dähne. Leipzig. Weygand, 1790.

Pag. 125. Die venerischen Schmerzen. »Wenn es später wird, so werden sie fast unbeweglich und von Schmerzen so sehr gequält, dass Friede und Ruhe und der so nöthige Schlaf aus ihren Augen flieht. Sie bekommen grosse Hitze, und die Haut ist ganz trocken und zusammengezogen.« Verfasser macht den Vergleich mit den exanthematischen Krankheiten.

Pag. 140. »Dies ist der Zeitpunkt, in welchem ein nächtliches Fieber eintritt, ein äusserlicher, d. h. ein grosser und harter Puls entsteht, der bald darauf etwas wellenförmig wird, um einen häufigen Schweiss zu erregen, der sich oft in den Morgenstunden zeigt. Die durch diesen häufigen Schweiss angefeuchtete, erweichte und schlaff gewordene Haut dünstet nunmehr leicht einen Theil derjenigen Krankheitsmaterie aus, die durch Hülfe der Fieberbewegungen vorbereitet und ausführbar gemacht worden war.«

Pag. 144. »Die venerischen Schmerzen pflegen sehr oft alsdann zu verschwinden, wenn entweder auf der Haut des ganzen Körpers oder eines Theils Pusteln herausfahren, die man nachher als eine unvollkommene Krisis betrachten kann. Ueberhaupt versteht man aber unter dem Namen Pusteln diejenigen widernatürlichen, umschriebenen Erhabenheiten, die auf der Haut zum Vorschein kommen und oft nach Art der kleinen Knöpfchen und Blüthen nach einer schmerzhaften Entzündung in Vereiterung übergehen.«

Pag. 147. Jene, die grosse Pusteln haben, in welchen sich häufig Eiter erzeugt, sind einem unordentlichen Fieber unterworfen, das ganz von der Vereiterung abhängt. Ihr Puls ist alsdann äusserlich, d. h. sie haben einen grossen Puls, der sich durch den geringsten Druck bemerken lässt . . .«

Verfasser sucht nun auf pag. 148 u. ff. durch eine eigene Theorie zu erläutern, wie es komme, dass im Allgemeinen bei den übrigen exanthematischen Krankheiten, welche »aus einer inneren Ursache entstehen«, **grösseres**,

stärkeres Fieber als bei der syphilitischen Hauteruption vorhanden sei. Die Syphilis entsteht durch »eine äussere Ursache«.

Pag. 149. »Die Erscheinung der venerischen Pusteln auf der Haut giebt einen starken Beweis ab, dass sich eine ungeheuere Menge Venusgift in dem Körper angehäuft habe, denn da die Natur heftiges Fieber, Zuckungen, ausserordentliche Hitze und eine allgemeine Verwirrung fast in allen ihren Verrichtungen veranstalten muss, wenn sie die Krankheitsmaterie von innen nach aussen schaffen will, und man zu der Zeit, wenn venerische Pusteln erscheinen wollen, sehr selten dergleichen Zufälle dabei wahrnimmt, so ist dies ein Zeichen, dass sich der Krankheitsstoff in grosser Menge angehäuft hat, dass er sich durch sehr geringe Kraft und, ohne dass die Kranken etwas empfinden, auf die Oberfläche des Körpers wirft.«

Abgesehen von den theoretischen Erklärungen des Verfassers geht aus der Beschreibung hervor, dass er bei den syphilitischen Hauteruptionen Fieber beobachtete, dass das Fieber ausnahmsweise hoch, in der Regel aber nicht so hoch, wie bei anderen exanthematischen Krankheiten war. Ausserdem unterscheidet Verfasser aber noch ein unordentliches, wohl unregelmässig verlaufendes Fieber, welches bei grossen Pusteln vorkam, und welches er, wie das Suppurationsfieber bei Blattern mit der Ausdehnung der Eiterung in Zusammenhang bringt.

Fr. Hecker, Prof. in Erfurt. Deutliche Anweisung, die venerischen Krankheiten genau zu erkennen und richtig zu behandeln. Erfurt, Keyser, 1791. Pag. 230. »Eine unbestimmte Zeit nach der geschehenen Einsaugung des Giftes, wohl mehrere Monate (aber nicht Jahre!) nach derselben zeigen sich die Zufälle der Lustseuche . . . .«

»1. Das eingezogene Gift bringt einen leichten Reiz in dem Körper, von welchem ein ganz gelindes Fieber bisweilen die Folge ist, hervor. Gemeiniglich geht dieses aber unbemerkt vorüber. 2. Die venerischen Krankheiten, von welchen die Lustseuche die Folge war, die Leistenbeulen und Schanker dauern fort und lassen sich nicht gut eher heilen, als bis jene geheilt ist. 3. Vorzüglich an den Mandeln . . .«. Es werden nun die Mund- und jetzt folgenden Hauterkrankungen beschrieben.

Benjamin Bell, 1793. Abhandlung über den bösartigen Tripper und die venerische Krankheit. Aus dem Englischen, Leipzig, Weidmann. II. Bd, Pag. 37.

»Zuweilen werden Bubonen . . . . doch noch zertheilt . . . . die Haut wird nun roth und empfindlich. Es pflegt gemeinlich ein gewisser Grad von Fieber zu entstehen, das öfters mit leichten Anfällen von Frost verknüpft ist . . .«. »Es tritt Eiterung ein . . .«. Pag. 38. »Sind die Bubonen mit einem starken Schmerz und etwas Fieber verknüpft, so ist gewöhnlich ihr Fortgang zu der Vereiterung gleich vom ersten Anfang an geschwind . . .«.

Wirkung des Quecksilbers. Pag. 148. »Ausser dieser Eigenschaft des Quecksilbers, die venerische Krankheit zu heilen, ist dasselbe auch eins der stärksten und allgemeinsten, reizenden Mittel, die wir nur kennen. Auch schon in einer sehr geringen Dosis erregt es oft eine Hitze durch den ganzen Körper einen geschwinden Puls und andere Fieberzufälle.« — »Zuweilen leidet die Haut noch eher bei dieser Krankheit als der Schlund, die Nase oder der Mund, allein es sind die Fälle dieser Art ziemlich selten.«

Ch. Girtanner, Abhandlung über die venerische Krankheit. Göttingen, Dietrich 1797. Pag. 258, scheint das Eruptionsfieber nicht zu kennen. Indessen sind auch ihm Fiebererscheinungen bei Syphilis bekannt. Bei den Hautausschlägen hat Girtanner kein Fieber erwähnt, und er geht darauf in der Beschreibung zur Periode der Gummata, Knochenauftreibungen u. s. w. über: »Sucht der Kranke nicht Hülfe, so nehmen diese Zufälle immer zu, bis sich endlich ein schleichendes Fieber zeigt, woran der Kranke stirbt. Man hält gemeiniglich das schleichende Fieber für eine Folge des in dem Körper circulirenden Giftes. Es ist aber blos Folge eines jeden lang anhaltenden Reizes auf irgend eine Stelle des Körpers und entsteht durch Mitleidenschaft (per consensum). Jeder anhaltende Reiz, jedes lange Zeit eiternde Geschwür verursacht ein schleichendes, hectisches Fieber, nicht durch die Einsaugung des Eiters, wie man gewöhnlich annimmt, sondern durch die Schwäche, welche eine nothwendige Folge des fortdauernden Reizes eines lange Zeit eiternden Geschwürs sein muss. In dem ersten Zeitraume, in dem Zeitraume der Einsaugung, wo doch das ganze Gift die ganze Lymphe schon verdorben hat, entsteht kein schleichendes Fieber. Eben das sehen wir auch in anderen Fällen. Das schleichende Fieber zeigt sich sehr oft, ohne dass ein Geschwür vorhanden ist, dessen eingezogener Eiter es hätte verursachen können: und zuweilen wird der Puls langsamer und das schleichende Fieber hört auf, sobald das Glied nebst dem eiternden Geschwür abgenommen wird. Es bleibt daher immer noch wahrscheinlicher, das schleichende Fieber sei nicht sowohl Folge der Einsaugung des Eiters in die Blutmasse, als vielmehr Folge eines lang anhaltenden Reizes und der dadurch nothwendig verursachten Schwäche des ganzen Körpers. Dieses sind die vorzüglichsten Zufälle der Lustseuche.«

Swediaur. Von der Lustseuche. Uebersetzt von Kleffl. Berlin, Himburg 1799. II. Theil, pag. 93. Von dem syphilitischen Halsübel. Ein fünfundfünfzigjähriger Mann von einer starken, blutreichen Constitution wurde von Halsschmerzen mit Fieber angefallen . . .« . »Als der Kranke nach 6—7 Wochen fühlte, dass seine Krankheit nicht ganz geheilt sei, wurde Swediaur um Rath gefragt. Obgleich er kein Geschwür im Halse entdeckte, sagte er dem Kranken, dass er eine syphilitische Ursache vermuthe. Bei

einer zweiten Untersuchung entdeckte SWEDIAUR ganz vorn rechts im Hals ein kleines, aber tiefes syphilitisches Geschwür.

III. Theil, pag. 56. »Bevor das syphilitische Gift Hautausschläge oder andere sichtbare Wirkungen im Körper hervorbringt, werden die Kranken oft hinfällig und Schmerzen ausserordentlich matt. Zuweilen fühlen sie in allen Theilen des Körpers ziehende und in den Röhrenknochen Stiche von aussen nach innen. Oft zeigt sich ein Schmerz in der Schädelknochenhaut, als wenn der Kopf stark zusammengezogen würde. Wenn diese Schmerzen in der Nacht nicht sehr heftig werden, so verursachen sie blos starke Unruhe. Sie scheinen sich von den durchfahrenden Schmerzen, die die Röhrenknochen bei einer offenbaren syphilitischen Ansteckung befallen, und die eine Verdickung und ein Anschwellen der Knochenhaut oder eine wahre Exostosis begleiten, auf welche oft der Beinfrass folgt, sehr zu unterscheiden.« Diese Beschreibung, welche die Schmerzen im Körper in der Eruptionsperiode der Syphilis von den späteren Knochenschmerzen in Folge der Exostosen mit deutlichen Worten unterscheidet, wird noch vollständiger, wenn wir die weitere Beschreibung lesen, welche auf die letzten Worte »sehr zu unterscheiden« folgt.

»Die ersten bestehen in einer Art von herumziehenden Schmerzen, die sich auf die Knochenhaut und auf die muskulösen, aponeurotischen, oder ligamentösen Oberflächen beschränken und zuweilen so leicht sind, dass sie kaum Klagen erregen; aber selbst dann, wenn sie am stärksten sind, sind sie offenbar weit erträglicher als jene. Ausser diesen Symptomen fühlen die Kranken oft, nicht nur bei Tage, und wenn sie auf sind, sondern insbesondere auch des Morgens, wenn sie aufstehen, Schwäche und Mattigkeit. Weder Schlaf noch Bette verschaffen ihnen Ruhe und Erquickung. Sie leiden an einem Fieber schleichender Art, mit einem schwachen und beschleunigten Pulse. Die Augen sind eingefallen, der Kreis um die Augenhöhlen ist missfarbig. Die Schultern und die Seiten schmerzen, die Physiognomie deutet eine zerrüttete und untergrabene Constitution an; mit einem Worte, der Kranke zehrt ab und stirbt langsam. Diese Symptome gehen oft vor der Erscheinung der Halsgeschwüre und der Hautausschläge her. Je allgemeiner diese Ausschläge sind, desto mehr lassen die Schmerzen nach, und desto sichtlicher wird die Verminderung der anderen Symptome, wovon ich geredet habe. Die Haut nimmt nun eine braune Farbe an; es erscheinen auf der Brust, den Schultern oder der Stirn flache, purpurrothe, gelbliche und bläuliche Flecken. Zuweilen sind diese Flecken umschrieben klein« etc. Diese Stelle ist deshalb noch von ganz besonderem Werth, weil wir sehen, dass hier ganz scharf auf das Verhältniss des Fiebers zum Hautausschlag Rücksicht genommen worden ist.

SWEDIAUR unterscheidet ein exanthematisches und ein hectisches Fieber. Das letztere ist, wie wir sehen, auf die syphilitischen Exostosen und auf die

Complicationen der Krankheit bezogen worden, welche eine tiefere Cachexie mit schlechter Prognose bedingen.

Noch bündiger drückt sich dieser Schriftsteller in folgenden Worten aus:

SWEDIAUR. Vollständige Abhandlung .... der syphilit. Krankheiten. Aus dem Französischen von Dr. von Horn; II. Theil, Ludwigsburg, Cotta 1799. Pag. 84. 8. »Zuweilen bringt das syphilitische Gift Zufälle hervor, deren Natur so versteckt ist, dass sie vielmehr von einer anderen Ursache, als von diesem Gifte herzurühren scheinen. Hierher gehören z. B. Schmerzen in verschiedenen Theilen des Körpers, die den Schmerzen beim chronischen Rheumatismus gleichen; Schmerzen in den Gelenken, die man leicht für gichtisch halten könnte, Engbrüstigkeit, Wassergeschwülste, Fieber nervöser oder hectischer Art, Lungenschwindsuchten oder auch blos Abmagerung des Körpers ohne bemerkbare Fehler in irgend einem Eingeweide.«

Pag. 85. 9. »Zuweilen ist die Lustseuche wirklich mit anderen Krankheiten, mit dem Scorbut, mit Flechten, mit der Krätze, den Scropheln, mit Wechselfiebern oder anderen epidemischen Krankheiten verbunden (Morbi syphilitici complicati). SWEDIAUR sagt, von der Behandlung der Complicationen hänge oft der günstige Verlauf der Syphilis ab.«

Pag. 87. »Ehe diese Geschwüre, Flecken und Geschwülste erscheinen, bringt das Gift oft Kopfschmerzen, beschwerliches Athemholen, Fieber und, wie ich öfters gesehen habe, ganz dieselben Zufälle hervor, die vor anderen Hautkrankheiten vorherzugehen pflegen. In anderen Fällen bewirkt das syphilitische Gift gar keine örtlichen Zufälle, aber es erregt ein schleichendes Fieber, der Kranke verliert den Appetit und magert mit oder ohne hectisches Fieber ab, weil er weder Ruhe noch Schlaf mehr hat.«

Pag. 88. »Kurz, es hat mit dem Quecksilber bei der Lustseuche eben die Bewandtniss wie mit der Chinarinde bei den Wechselfiebern. Man kann allerdings diese Fieber auch mit anderen Mitteln heilen, aber doch geschieht es selten, dass man etwas Anderes als die Chinarinde anwendet.«

Aus dem französischen Original desselben Autors, Traité complet etc. des malad. vén. VI. édition. Paris. 1809, führe ich folgende Stelle an, welche von Fieber bei Angina syphilitica handelt: pag. 89. »Un homme âgé de cinquante-cinq ans, d'une constitution forte et plétorique, fut attaqué d'un mal de gorge avec fièvre«. Das Stadium der Syphilis, zu welchem das Fieber, welches nicht näher beschrieben wird, gehört, ist nicht näher angegeben.

Pag. 93. An dieser Stelle wird von den syphilitischen Schmerzen in den Muskeln, Sehnenscheiden und Nerven gehandelt. Hier lesen wir: »Il est encore important de distinguer si ces douleurs, ces spasmes, etc. sont aigus et accompagnés d'une fièvre symptomatique«. Der Verfasser erläutert nun, dass diese Schmerzen die Folge seien von unterdrückter Hautthätigkeit nach Quecksilberbehandlung.

Auf pag. 322 u. 323 verbreitet sich Verfasser über fieberhafte syphilitische Lungenkrankheiten: »Il est de personnes« . . . . »et se trouvent attaquées d'une fièvre hectique« . . . . »J'ai vu plusieurs exemples de fièvres lentes accompagnées de toux et quelque fois d'une expectoration puriforme, qui devoient leur origine au virus syphilitique.« SWEDIAUR schildert den Verlauf der hierher gehörigen Fälle im Allgemeinen, ebenso wörtlich eine von BRAMBILLA gegebene Krankengeschichte, wonach er sich ausspricht, dass alle jene Lungenerkrankungen syphilitischen Ursprungs der gewöhnlichen Lungenphthisis sehr ähnlich seien. Der Fall von BRAMBILLA, welcher einen Phthisiker in desperatem Zustand betraf, wurde zur grossen Verwunderung der Aerzte durch Merkur vollständig geheilt.

Hierauf wird WERLHOF citirt, welcher: »dit avoir observé des fièvres intermittentes produites par le virus syphilitique ou compliquées avec la Syphilis. Peut-être quelques-unes des fièvres que Lyson a guéries avec le muriate de mercure étaient-elles de ce genre«. STOLL hatte ebenfalls ein Quotidianfieber beobachtet, welches nach Chinagebrauch nicht weichen wollte, durch Quecksilber aber heilte. SWEDIAUR fügt nun seiner Meinung noch hinzu, es sei nicht richtig, alle jene letzterwähnten Fieber auf syphilitischen Ursprung zurückzuführen.

JOSEPH LOUVRIER handelt von Fieber nach Quecksilbereinreibung. Nosographisch-Therapeut. Darstellung syphilit. Krankheitsformen pp. In's Deutsche übersetzt. Wien 1809. Bauer. Pag. 313. X. Kapitel. »Von den Ereignissen während der Einreibungen. Wenn vor der dritten Einreibung schon heftige Verwirrungen in der thierischen Haushaltung entstehen, als Fieber, Convulsionen, ermattende Schweisse, ein Speichelfluss u. s. w., so muss man die Einreibungen nicht nur aussetzen, sondern ihre Wirkungen gänzlich zu vertilgen trachten« etc.

Pag. 363. »Quartanfieber bei Syphilis« (jedoch nicht Eruptionsfieber). »IV. Krankengeschichte: Ein durch Geburt und Rang ausgezeichneter 40jähriger Mann wurde 8 Monate lang von befugten Aerzten an einem Quartanfieber und der Form nach ziemlich zweckmässig behandelt. Dasselbe verschwand auch oftmals, aber ebenso oft machte es Recidive, und man verordnete nun, da alle Mittel fruchtlos blieben, eine klimatische Veränderung. Einige Zeit darauf verschwand das Wechselfieber ganz, aber schon am folgenden Morgen erschienen an der Achsel, den Ellbogen und Kniegelenken mehrere weiche Geschwülste, in denen der Kranke einen reissenden Schmerz empfand, so dass er genöthigt war, das Zimmer zu hüten. Die Behandlung blieb fruchtlos. Der Kranke liess die Geschwülste mit steifen Bürsten reiben, worauf sie verschwanden; jedoch es stellte sich Heiserkeit ein. Nach deren Besserung kamen die Gelenkgeschwülste wieder hervor. So wechselten durch

mehrere Monate Heiserkeit und Geschwülste ab; zuletzt blieb Heiserkeit beständig zurück, bei welcher sich überdies nach und nach ein so starker Husten und ein so häufiger eiterartiger Auswurf einfand, dass der Kranke in Gefahr war, mit jedem Augenblicke zu ersticken. Feste Speisen konnten nicht geschluckt werden, und Flüssigkeiten kamen zu Mund und Nase wieder heraus, der Kranke war derart abgezehrt, dass man seinen Tod wünschte. Mit Entstehung des Quartanfiebers waren nun bereits zwei Jahre verflossen. LOUVRIER wurde zu dem Kranken gerufen und fand den Kranken in dem eben beschriebenen Zustand, den Puls schwach, klein, doch im Ganzen noch ziemlich bei Kräften. Der Hals war von Aussen etwas ödematös angeschwollen, überdies liess sich weder bei Betastung der Geschwulst, noch bei Untersuchung der Mund- und Rachenhöhle etwas Normwidriges wahrnehmen. Auf dem linken Stirnhügel fand sich eine mit der Haut gleichfarbige, fluctuirende Geschwulst mit Auflockerung des darunter fühlbaren Knochens. Der Kranke gab endlich zu, dass er in seiner Jugend Tripper und Schanker gehabt, will aber seit zwanzig Jahren an keinem venerischen Uebel wieder erkrankt sein. Jetzt lebt noch 1 ganz gesundes Kind und ist 8 Jahre alt. LOUVRIER wollte eine antisyphilitische Kur anwenden, die übrigen Aerzte stimmten nicht bei; nur CHAQUELAR pflichtete einigermassen bei und erzählte, dass ihn der Kranke schon vor mehreren Jahren und kurz vor Entstehung des Qartanfiebers über syphilitische Zufälle zu Rathe gezogen habe. — Die Uebrigen hielten die Krankheit für ein tödtliches Lungenleiden. LOUVRIER und CHAQUELAR jedoch waren der Ansicht, dass die Lunge nicht zerstört sei. — Die Einreibungen wurden nun mit aller der Krankheit angemessenen Vorsicht angewandt, und nach sechs Wochen waren alle syphilitischen Zufälle, selbst die Beingeschwulst verschwunden und der Kranke genesen. Er ging sogleich auf zwei Monate nach einem Landgut; er war noch ganz gesund und wohl. Bald darauf machte er eine Reise nach Neapel. Nach einem Jahr kam er zurück. Seine Freunde erkannten kaum diese ehemals hectische und nun so wohl genährte fettleibige Gestalt. LOUVRIER sagt, ich habe diese Geschichte umständlich erzählt, auf dass junge Aerzte einsehen mögen, wie verwickelt in ihren Zufällen die Syphilis sich manches Mal darstellt, und wie wenig man sich auf das Geständniss des Kranken verlassen könne.

Diese Krankengeschichte wird erzählt zur Erläuterung der Stelle: pag. 229. »Ungemein schwer aber ist die Diagnose wenn« . . . . »Tripper oder Schanker vorangegangen sind« . . . . »und nun einige Jahre darauf, während welcher Zeit dem Kranken bald da, bald dort etwas fehlte, folglich die Syphilis nie ganz getilgt war, eine oder mehrere Drüsen im Halse, in der Kehle zu schwellen anfangen, oder eine Geschwulst, die durch mehrere Jahre unschmerzhaft war, auf einmal ihren Character verändert (Mémoire de

chirurgie de l'academie de Paris, in Octav. Tom. II. p. 185), ein unbezwingliches Quartanfieber, eine Lungen- oder die Wassersucht entstehen.

Friedrich Aug. Walch. Ausführliche Darstellung der venerischen Krankheit. Jena. Frommann 1811. Auf pag. 87 u. ff. wird eine Uebersicht über Ansichten der Wirkung des venerischen Gifts auf den Körper gegeben, und es heisst hier pag. 90: »Andere, denen die Fieberanfälle und im Circulationssystem exaltirte Thätigkeit zu auffallend war, sahen das Herz für den von der Syphilis zuerst und primitiv afficirten Theil an« — derartige Stellen habe ich schon aufgeführt: »cor petunt«.

Pag. 215. »Häufig bekommt der Kranke in der Periode, wo die Krankheit anfängt allgemein zu werden, Fieberanfälle. Dabei findet sich auch wohl ein kurzer, trockener und krampfhafter Husten ein. Das Fieber ist bald ein Febris quotidiana, bald ein Febris intermittens. Mangel an Appetit, gestörte Digestion, unregelmässiger Stuhlgang, veränderte Urinabsonderung, Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Kopfweh sind begleitende Symptome, die nach dem Grade des Fiebers bald stärker, bald schwächer hervortreten. Immer neigt sich dieses Fieber zum nervösen Character, der inzwischen seinen Grad von der Constitution und der Anlage des Kranken erhält. Auf diese Weise leiden besonders sensibele Subjecte. Je mehr sich dieser Zustand findet, desto mehr muss man demselben durch Mittel entgegenzuwirken suchen. Daher giebt man dem Kranken, wenn das Fieber anhaltend ist, noch ein Infus. Valerianae« . . . »Ist das Fieber sehr stark, tritt es als wirklicher Typhus auf, so muss man den Merkur ganz aussetzen« . . . Sowie der Typhus nachlässt, gehe man zur nöthigen Quecksilberkur über. Hat das Fieber einen Typus intermittens, so muss man neben dem Quecksilber die China anwenden.« Aus dem Umstand, dass das Fieber auch als Typhus beschrieben wird, erkennen wir dessen heftigen Grad. Verfasser unterscheidet nun noch die Verwickelung der Lustseuche mit Pocken, Masern und Scharlach und empfiehlt erst diese zu behandeln, da während dieser Krankheiten, was wir heute noch zuweilen beobachten können, die Lustseuche keine Fortschritte mache.

Die Syphiliden von Cazénave. Deutsch von Walther und Streubel. Leipzig. 1847.

Auf pag. 124 finden wir die Eintheilung der Syphiliden in exanthematische, vesiculöse, bullöse, pustulöse, papulöse, squamöse, tuberkulöse. Der scharf beobachtende Verfasser hat bei seiner Eintheilung einestheils die anatomische Structur der Hautform, als auch den klinischen Verlauf zu Grunde gelegt. Dieses allein richtige Verfahren ist auf scharfsinnige Weise durch zahlreiche Krankengeschichten durchgeführt worden. Ohne jedoch die Aussprüche des Verfassers im einzelnen Fall einer Kritik unterziehen zu

wollen, heben wir nur hier die Stellen hervor, welche von Fieber bei dem Ausbruch der einzelnen Formen der Syphiliden handeln.

Pag. 125. Die exanthematische Syphilide charakterisirt sich durch unregelmässige, zuweilen leicht über das Niveau der Haut sich erhebende Flecken, die anfänglich kupferfarben sind, in ihrem weiteren Verlauf aber grau werden. Der Fingerdruck kann diese Färbung selbst nicht am Ende der Krankheit gänzlich verschwinden machen. Ein febriler Zustand, ein allgemeines Uebelbefinden geht dem Exanthem zuweilen voran, selten ist es aber bei seinem Ausbruch hiervon begleitet. Der Verlauf ist immer chronisch. Die Krankheit endigt sich durch Zertheilung oder durch oberflächliche Abschuppung.

Es werden zwei Formen von exanthematischen Syphiliden hervorgehoben.

1. Die Roseola: »Die Roseola ist unstreitig eine der seltneren Syphiliden; sie besteht in leichten Flecken von ziemlicher Ausdehnung an der vordern Seite der Brust, anfänglich kupferfarben, geht sie bald in's Graue über, unter dem Fingerdruck schwindet ihre Farbe nur unvollkommen, und sie endet sich stets durch Zertheilung« . . . . »Häufig befindet sich der Kranke zwei, drei Tage vor ihrem Ausbruche unwohl und klagt über Steifigkeit, Kopfschmerz, Gliederreissen, dann erscheint der Ausbruch« . . . . Fieber wird vom Verfasser hier nicht erwähnt. Es folgt nun noch die genauere anatomische Beschreibung und die weitere Entwickelung, z. B. das zuweilen eintretende Confluiren. »Beim Ausbruch der Roseola habe ich einige Mal leichte Fieberbewegungen beobachtet, doch ist diese Erscheinung nur sehr selten. Constanter sind hingegen die heftigen, reissenden Gliederschmerzen, die dem Ausbruche vorangehen oder ihn begleiten, sowie die entzündliche Schleimhautaffection, die sich in Form einer Angina über den Gaumenvorhang und Pharynx verbreitet.« . . .

2. Das papulöse Erythem. . . . »Das papulöse Erythem entsteht mit weniger unregelmässigen, mehr abgerundeten, deutlich über die Haut erhabenen Flecken, die jedoch nie die Grösse eines Frankstücks überschreiten. Ihre Farbe ist gleich vom ersten Tage an weniger roth, sondern mehr bräunlichgrau und verschwindet gleichfalls nicht unter dem Drucke. Die Eruption geschieht ohne Vorläufer vorzugsweise auf den oberen Extremitäten. Es entscheidet sich das Erythem durch Zertheilung oder plötzliches Verschwinden.« . . . »Nie habe ich das papulöse Erythem anders als in Begleitung einer primitiven, syphilitischen Affection oder direct nach dem Verschwinden derselben gesehen, oft war hierbei die primäre Syphilis unzeitig und gewaltsam unterdrückt worden« . . . . Verfasser unterscheidet die syphilitischen Exantheme von den anderen syphilitischen Hautformen und führt als charakseristisch für dieselben den constant vorkommenden Congestionszustand in den Capillargefässen der Haut an.

Pag. 128. »Die exanthematische Syphilide kann in Begleitung eines

Schankers, eines Trippers vorkommen (letzteres ist gewöhnlicher) oder sie kann einer dieser primitiven Affectionen direct nachfolgen, vorzugsweise, wenn eine unzeitige Revulsivmethode angewendet worden war. Das Exanthem entsteht nur mit primärer Syphilis zugleich oder direct nach derselben. Endlich kann die exanthematische Syphilide ganz allein, ohne alle vorhergegangene primäre Affection ausbrechen. Dieser Fall mag zwar äusserst selten sein, doch habe ich ihn einmal beobachtet, wo die syphilitische Roseola nicht zu verkennen war.« . . . Pag. 130. »Die exanthematische Syphilide tritt aber auch rein secundär auf und folgt längere oder kürzere Zeit einer vorausgegangenen Primärinfection nach. Manchmal erscheint sie selbst erst nach mehreren Jahren. Doch gilt dies zur Zeit nur von der Roseola; denn das Exanthem habe ich noch nicht anders als mit primärer Syphilis zugleich, oder unmittelbar nach derselben gesehen.«

Es wird ein Beispiel angeführt, wo 10 Jahre nach der Ansteckung eine syphilitische Roseola erschien. Fieber wird nicht erwähnt; als Prodrom wird nur Jucken angeführt.

Pag. 132 wird eine Krankengeschichte angeführt, wo ohne Fieberbewegungen eine Roseola 8 Wochen nach der Ansteckung gleichzeitig mit Angina auftrat. Quecksilberbehandlung war nicht vorhergegangen. Mit dem Erscheinen der Roseola hatten sich gleichzeitig Tuberkeln am After gebildet.

Vesiculöse Syphilide in der Form der Varicellen, pag. 135. Diese Form rechnet Verfasser nicht zu den exanthematischen Syphiliden. Wir werden später unsere Ansicht hierüber entwickeln. »Die Varicellenform beschreibt Blasenform von ziemlicher Grösse, die lange durchsichtig bleiben und erst im späteren Verlaufe undurchsichtig werden; sie endigt sich durch Resorption oder durch Bildung kleiner, schwärzlicher Krusten. Die Blase selbst ist mit einem kleinen kupferfarbenen Hof umgeben, der grau wird und sich oft noch lange nach dem Verschwinden der Eruption erhält. Der Verlauf ist langsam, er zieht sich 3 Wochen, 4 Wochen und länger noch hin. Dem Ausbruch der Syphilide gehen 3 oder 4 Tage langes Unwohlsein, Steifigkeit, je zuweilen Fieberbewegungen voraus. Bald darauf erscheinen der Reihe nach an den einzelnen Körperstellen rothe, erhabene Flecken, in deren Mitte sich eine durchsichtige Flüssigkeit in Blasenform ansammelt.« . . . Es folgt noch die weitere anatomische Beschreibung. Wir sehen hier der einzelnen Efflorescenz nach des Verfassers Beschreibung und unserer Beobachtung eine Hyperämie vorausgehen, trotzdem rechnet Verfasser diese Form nicht zu den exanthematischen Syphiliden; die Efflorescenzen wandeln sich nicht in Geschwüre um, worauf wir ebenfalls aufmerksam gemacht haben wollen.

Pag. 136. »Die Syphiliden in Varicellenform sind ausserdem noch von anderen Symptomen begleitet; häufig sind bei ihnen anginöse Beschwerden,

einige Mal habe ich sie mit Knochenschmerzen im Verein gesehen. Ob die syphilitische Varicelle auch als alleinige primäre, syphilitische Affection auftreten könne, davon habe ich bis jetzt wenigstens noch kein positives Beispiel als Beleg. Mit primitiven Symptomen zugleich, oder unmittelbar nach denselben erscheint sie allerdings zuweilen, gewöhnlich ist sie aber in ihrem Auftreten rein secundär. Unter den vesiculösen Syphiliden ist die Varicelle mir wenigstens am häufigsten vorgekommen.«

Pag. 136 wird eine Krankengeschichte erzählt, wo ohne Fiebererscheinungen, ohne inflammatorische Localsymptome bei einem langsamen Verlauf und mit gleichzeitiger Angina eine Varicelle sich entwickelte. Die rothen Flecken, aus denen sich die Varicelle entwickelte, hatten keinen inflammatorischen Character. Eine Infection wird geläugnet, aber die Diagnose der Syphilis ist klar.

Pag. 138 wird ein Fall citirt, wo dem Ausbruch der Varicellen, sechs Monate nach einem Tripper mit Bubonen folgend, Uebelbefinden und Fieberbewegungen vorhergegangen waren. In der Umgebung der Blasen erkannte man überall einen kupferfarbenen Hof.

Die vesiculöse Syphilide in der Form des Eczema syphiliticum: pag. 140. »Niemals bildet sich unter demselben Eiterung aus«. Im Uebrigen verweisen wir bei der anatomischen Beschreibung auf das Original, führen aber folgende von CAZÉNAVE geschilderte Krankengeschichte an: »Benedict H., 29 Jahr, Weissgerber, wurde am 25. April 1842 aufgenommen. Vier Monate vor seiner Aufnahme hatte er einen Tripper, gegen welchen er nichts anwendete: als er nach 6 Wochen einen Schanker sich zugezogen hatte, ging er in ein Hospital, wo der Schanker auf der Stelle cauterisirt wurde, so dass er nach 3 Tagen schon das Spital wieder verliess. Bald jedoch wurde er von Unwohlsein und intermittirendem, täglichen Fieber ergriffen, was ihn bestimmte, in ein Krankenhaus sich zu begeben. Nach Verlauf einer Woche folgte eine Eruption, und H. wurde nun meiner Fürsorge übergeben. Der Ausschlag nahm vorzugsweise die oberen Parthien ein und bestand aus hinlänglich grossen Bläschen, die mit Serum gefüllt und voluminöser als das einfache Eczem waren: sie standen sowohl in unregelmässigen Gruppen vertheilt, als auch hier und da zerstreut, isolirt, eine grosse Anzahl derselben war bereits verblüht und mit kleinen Schuppen bedeckt, andere waren noch neu und durchsichtig. Am Rumpfe zeigten die eigenthümlichen Flecken an mehreren Orten, dass schon eine gleichartige Eruption stattgefunden haben und zum Theil schon verschwunden sein müsse. Ueber die Form konnte kein Zweifel obwalten: denn die Bläschen waren schon mit blosem Auge hinlänglich zu erkennen. Die syphilitische Natur des Ausschlags: die Bläschen waren grösser, gespannter, wie in der einfachen entsprechenden Form, obgleich meist gruppirt, zeigten sie einen kupferrothen Grund oder

einen ebenso gefärbten Hof, der an den Orten, wo der Ausbruch schon seit längerer Zeit erfolgt war, in's Graue überging. Vorzüglich auf den Vorderarmen ergab sich diese Färbung am deutlichsten. Viele der Bläschen waren schon verblüht und durch eine Exfoliation ersetzt, die durch einen kleinen runden Saum das Volumen des früheren Bläschens noch andeutete. Der Grund unter der Exfoliation floss mit der Basis zusammen, war matt grau gefärbt und ähnlieh den obenerwähnten Flecken am Rumpfe«. Es werden noch Hals, Gaumen, Kopf- und Knochenschmerzen erwähnt.

Diese vesiculöse Syphilide fasst CAZÉNAVE als primäre Syphilide auf; doch spricht er sich nicht ganz präcis und etwas schwankend aus. »In dem ersten dieser zwei Fälle (es ist der oben berichtete Fall gemeint) trat das Eczem mehr primitiv . . . auf.«

In Begleitung des Herpes syphiliticus wird Fieber nicht erwähnt. Im Allgemeinen äussert sich CAZÉNAVE über die verschiedenen Formen der vesiculösen Syphilide folgendermassen : pag. 147: »Die vesiculöse Syphilide ist also lange nicht so selten, als man bisher geglaubt hat, sie kommt vielmehr ziemlich häufig vor und nimmt alle Formen an, welche die einfachen Blasenausschläge annehmen können«. Pag. 148: »Sie kommt primär und secundär vor, nie habe ich sie als einzigen Ausdruck der primären, acuten Syphilis gesehen, man müsste denn die 6. Beobachtung (pag. 137) dafür nehmen«.

Pag. 148—152 werden Beispiele von eczematöser Syphilide mehrere Jahre nach der Ansteckung subacut auftretend und mit anderen Formen gemischt, beschrieben. Fieber war hier nicht vorhanden.

Bullöse Syphilide, pag. 153.

Pemphigus und Rupia werden geschildert, Beispiele angeführt, bei denen Fieber nicht ausdrücklich erwähnt wurde.

Pustulöse Syphilide. Es werden 3 Arten unterschieden: pag. 158. 1. Die lenticuläre, äusserst chronisch verlaufende, 2. Der syphilitische Impetigo, non confluens und confluens. 3. Das syphilitische Eczema.

Von dem Impetigo syphiliticus confluens pag. 165. »Dem Ausbruche gehen Unwohlsein und Fieber voraus, und es bilden sich grosse, rothe entzündliche Flecken. Die Röthe ist mit Geschwulst verbunden. Es entstehen auf der Oberfläche überall kleine Eitercollectionen« u. s. w.

Pag. 181. Die pustulöse Syphilide kommt nach der Ansicht von CAZÉNAVE primitiv vor, sie begleitet einen Schanker oder Tripper oder folgt ihm auch unmittelbar nach, zuweilen tritt sie als einziges Symptom der Syphilis auf. »Häufiger kommt die Pustelsyphilide jedoch wie secundär vor.«

Bei dem Ausbruch der tuberkulösen Syphilide werden keine Fiebererscheinungen angeführt.

Die Papulöse Syphilide, pag. 217. »Es lassen sich zwei Formen von

Knötchensyphilide annehmen, die in ihrer Gestalt, in ihrem Auftreten wie in ihrem Verlaufe einige entscheidende Momente darbieten, Lichen syphiliticus und Lichen mit breiten Papeln. Die erste Form erscheint fast immer in Begleitung allgemeiner Symptome mit einem mehr subacuten Character, die andere dagegen stets chronisch. Jene begleitet primäre venerische Affectionen, einen Schanker, einen Tripper oder folgt ihnen unmittelbar nach; diese ist rein consecutiv. Doch darf man keineswegs glauben, die Symptome wären in ihrem Auftreten stets constant.« ... Angina und Iritis (also Symptome der ersten Syphilisperiode) werden zuweilen dabei beobachtet.

Cazénave sagt, es giebt keine Beobachtung, wo die Eruption erst Jahre lang nach einer primären Ansteckung ausgebrochen wäre.

»Lichen syphiliticus bricht fast immer nach Art der acuten Exantheme hervor, Kopfschmerz, Ziehen in den Gliedern, Steifigkeit. selbst Fieberbewegungen gehen voraus und verleiten oft zu falscher Diagnose und Behandlung. Er bildet diejenige Form der papulösen Syphilide, welche nach Carmichael häufig den Tripper begleitet.

Pag. 219. »Im verwichenen Mai hatte sich der Kranke einen Tripper zugezogen, gegen den er nur erweichende, schweisstreibende Tisanen gebraucht, der bald sich milderte, aber nicht verschwand. Im Monat Juli, nachdem Patient sehr lange im Flussbad sich aufgehalten und stark angestrengt hatte, wurde er plötzlich in der darauffolgenden Nacht unwohl, bekam Kopfschmerz und Fieber und sah am folgenden Tag unter Hautprickeln einen Ausschlag hervorbrechen«. Die Lichenknötchen wurden als syphilitisch aufgefasst, mit Zinnoberräucherungen, behandelt und nach 14 Tagen waren sie geschwunden und der Kranke wurde geheilt entlassen.

Squamöse Syphilide. Pag. 230. Eine Frau wurde mit Schanker angesteckt. Bei ihr erschien unter allgemeinem Unwohlsein eine syphilitische Psoriasiseruption. Die Eruption scheint in die ersten Monate nach der Ansieckung gefallen zu sein. Der Zeitpunkt des Ausbruchs ist nicht genau angegeben.

Pag. 247. »Gegen das Ende der Krankheit kommen noch Fieberbewegungen, nächtliche erschöpfende Schweisse hinzu, die das Bild der Phthisis ergänzen. Nicht immer steigert sich indess die syphilitische Laryngitis zu solcher Höhe, sie kann lange Zeit blos unmerklich die Stimme verändern, wenige Beschwerden verursachen und auch in vollkommene Heilung übergehen.«

Pag. 254. »Die syphilitischen Affectionen der fibrösen Gebilde und des Knochensystems stehen in der ersten Reihe der begleitenden syphilitischen Symptome. Obgleich es im Allgemeinen wahr ist, dass diese Affectionen sich erst lange Zeit nach der primären Infection mit einer Eruption zugleich bilden, und dass sie nur secundär vorkommen, so lässt sich doch ihr Auf-

treten in keine bestimmte Ordnung bringen. Oefters habe ich dolores osteocopi, Periostosen und Exostosen den secundären Symptomen längere Zeit vorangehen sehen. In andern Fällen folgten sie fast unmittelbar nach dem Verschwinden der primären Infection.« . . . Und weiter unten ist zu lesen: »Ihr Ausbruch (der Knochenschmerzen) beginnt in der Nacht, nachdem etwas Uebelkeit und fieberhafte Aufregung vorangegangen ist.« . . .

Pag. 267. »Zehn Tage nach dem Ausbruch eines ersten Schankers trat ein Lichen syphiliticus ohne Fieber auf. Dieses Beispiel ist interessant wegen der raschen Nachfolge der Hauterscheinungen und wegen des frühzeitigen Auftretens einer papulösen Syphilide ohne Fieber.

Pag. 269. Pustelkrustige Syphilide, ausgebrochen 4 Monate nach der Infection.

Ansteckung im September. Ende December bemerkte der Kranke einige rothe Flecken (Roseola?) an verschiedenen Körperstellen, die Patient doch wenig beachtete. »Im Januar, nachdem er eines Abends viel Glühwein genossen, wurde er von heftigen Kopfschmerzen befallen, reichlicher Schweiss brach am ganzen Körper hervor, und es erfolgte eine abermalige Eruption von Flecken, die den früher entstandnen glichen. Einige Tage darauf begannen die Flecken sich nach und nach zu erheben, die Fieberbewegungen und nächtlichen Schweisse dauerten fort und man hätte fast einen Ausbruch von Varioliden vermuthen können, wenn nicht die erhabenen Flecken sich bald in Pusteln und dann in runde Geschwüre verwandelt hätten« u. s. w. . . . »es folgten noch einige Nachschübe.« . . . In Betreff der ausführlichen Beschreibung des Falles verweise ich auf das Original. Der Fall hat insofern ein Interesse, als derselbe ein Beispiel dafür ist, dass die früher aufgetretene Roseola ohne bemerkbare Fiebererscheinungen einhergegangen war, während das varioloidenähnliche, sich später herausstellende pustelkrüstige Syphilid mit heftigem Fieber zum Ausbruch gelangte, an welches sich noch Nachschübe anschlossen.

Diese Krankengeschichte ist noch von ganz besonderer Wichtigkeit, weil hier kein eigentlich primäres Symptom, kein Schanker beobachtet wurde. Dieser Kranke, ein junger Arzt, stach sich bei einer Operation, es folgten leichte Erscheinungen von Lymphgefässentzündung, keine Geschwürbildung. Dann nach längerer Zeit zeigten sich allgemeine, vage Symptome, die fast dem Anfalle eines Wechselfiebers glichen und mit schrecklichen, tiefen Knochenschmerzen, die selbst Delirien erzeugten, verbunden waren. Einen Monat danach brach ein syphilitisches Ectyma am ganzen Körper aus; die vorhergegangenen Symptome schienen sich bei der Eruption in ihrer Intensität zu vermindern, allein bald verschlimmerten sie sich abermals und es kamen Gelenkentzündungen und Periostosen hinzu.« . . .

In Betreff der Reihenfolge und besonders Häufigkeit der einzelnen

syphilitischen Hautformen führt Verfasser auf pag. 285 eine Tabelle auf. Auf pag. 292 »Die Roseola ist sehr oft ein primäres syphilitisches Symptom (insofern sie fast zugleich oder unmittelbar nach einer Ansteckung durch Schanker und Tripper erscheint), allein ich habe sie auch als secundär in Complication mit Tuberkeln beobachtet, ja bei einigen Personen entstand sie erst, nachdem pustulöse und tuberkulöse Syphiliden vorangegangen waren. Alles beruht daher nach meiner Ansicht auf Individualität, ohne dass eine Ordnung, eine gewisse Reihenfolge möglicher Weise angegeben werden könnte.« . . . CAZÉNAVE giebt also zwar zu, dass die Roseola häufig als erste syphilitische Hauterscheinung vorkomme, indess es kommen seiner Beobachtung nach auch andere Hauterscheinungen vor der Roseola zum Vorschein.

Pag. 292 sind alle die ätiologischen Momente angeführt, welche den Ausbruch der Syphiliden bedingen. CAZÉNAVE ist der Meinung, es bedürfe stets erst eines bestimmten Anstosses. Intermittirendes, nicht von der Syphilis abhängendes Fieber als Ursache des Ausbruchs der Syphiliden wird ebenfalls angeführt.

Pag. 308. Hier ist von der Diagnose der Syphiliden gehandelt, und insofern das Fieber erwähnt ist, führen wir hier Das, was von dem Verfasser über die von ihm aufgestellte Form der exanthematischen Syphilide gesagt wird, an: »Die exanthematische Syphilide mit jenen gewöhnlichen acuten Exanthemen zu verwechseln, die mit heftigen Fieberbewegungen stets verbunden sind und in bestimmten Zeitperioden verlaufen, ist sehr schwer oder fast gar nicht möglich. Anders ist es mit den weniger acuten, einfachen Exanthemen, z. B. der Roseola. Die syphilitische Roseola bietet im Anfange noch nicht jene Kupferfärbung dar.« . . . Es folgt nun die anatomische Differentialdiagnose bei der Roseola ebenso wie bei den anderen Hautformen. In diesen Beschreibungen kommt CAZÉNAVE jedoch nicht wieder auf das Fieber zurück.

In BEHREND, Syphilidologie, I. Theil. 1839. pag. 196 wird folgender Fall citirt: Eine seit $1^{1}/_{2}$ Jahren verheirathete Frau, Mutter eines halbjährigen, gesunden Kindes, fragte WALLACE um Rath. Die Dame schien sehr zu leiden. Ihr Puls war beschleunigt, des Morgens die Zunge belegt, sie hatte Schmerzen in den Schultern und eine krankhafte Gesichtsfarbe. Auf dem Gesicht und auf anderen Stellen des Körpers sah man kleine, juckende rothbraune Stellen, die sich verdickt anfühlten und viel Aehnlichkeit mit Urticaria hatten.«

WALLACE, der den Fall erzählt, sagte: »Ich gestehe, dass ich, als ich die Frau zuerst sah, auch nicht im geringsten an Syphilis dachte, obwohl ich ihren Mann einige Monate vor seiner Heirath an Schanker behandelt hatte, und der Kranke nur oberflächlich meinen Vorschriften folgte«. Bei beiden

Gatten waren jedoch deutliche Zeichen der Syphilis vorhanden, welche der Epoche entsprachen, wo bei der Frau der Hautausschlag zum Vorschein kam.«

In dieser Krankengeschichte ist zwar nicht ausdrücklich das Vorhandensein von Fieber ausgesprochen; die stürmischen Allgemeinerscheinungen, der frequente Puls u. s. w. machen aber nach der wiedergegebenen Schilderung ein Vorhandensein eines syphilitischen Eruptionsfiebers sehr wahrscheinlich.

Nach BEHREND, Syphilid. II. Theil, pag. 477, kannte JOURDAN ebenfalls das Fieber bei Syphilis, wie aus einer Bemerkung hervorgeht, welche er in medicinisch-geschichtlicher Hinsicht machte: »Auch findet man nirgend in den Werken der Alten eine Andeutung jenes Zustandes, welchen wir jetzt ziemlich allgemein Lues nennen, höchstens thun sie des Fiebers und der Schmerzen in den Nachbarparthien des erkrankten Theils (Genitalien) Erwähnung.

Nach BEHREND Syphilid. II. Theil, pag. 481 ist in Desruelles Traité pratique des Maladies véner. Paris 1837 folgende Stelle citirt: Annalen der Minoriten aus dem Jahre 1494: »Anno 1494 Joannes Piccapridius Papiensis *gravi febre et Morbo Gallico foedissimo* quasi leprae specie exarticulari et apostemate et pruriente undequaque corporis commixto oppressus. Ab eadem horrenda et ferme incurabili aegritudine Paulinius de Rubeis ejusdem urbis, postquam magnae pustulae per totum corpus erumperent«. Die beiden Kranken wurden nachher von ihren Uebeln geheilt. Ein Zusammenhang mit Genitalleiden war denen, welche über die Krankheit berichten, nicht bekannt. Die Krankheit wird als Morbus Gallicus bezeichnet und wir haben nicht Grund zu bezweifeln, dass es sich hier um den Morbus Gallicus gehandelt habe. Gerade der Umstand, dass unter Drüsenanschwellungen ein pustulöser Hautausschlag vorhanden, ferner, dass die Krankheit bei der Aehnlichkeit mit Lepra trotzdem geheilt, berechtigt zu der Annahme, dass man es hier mit Syphilis zu thun hatte. Interessant ist der hohe Grad des Eruptionsfiebers.

Wenn wir die Schilderungen der Syphilis in den vergangenen Jahrhunderten überblicken, so finden wir, abgesehen von einzelnen Schilderungen, in welchen eine Klarheit der Symptomencomplexe bestritten werden kann, dass bei jener Krankheit, welche als Morbus Gallicus aufgefasst und als unsere heutige Syphilis wiedererkannt wurde, von einer beträchtlichen Anzahl von Schriftstellern in der Periode des Auftretens der allgemeinen Symptome, sowie in den späteren Krankheitsperioden, endlich auch unter Einfluss der Quecksilbertherapie Fiebererscheinungen beschrieben wurden.

LEBERT. Ueber Icterus Typhoides. Archiv für patholog. Anatomie und Phys. von VIRCHOW's 8. Band. 1855. Pag. 175.

10. Beobachtung. Icterus bei einem an Schanker leidenden Kranken.

Allmähliche Erschöpfung. Tod am 17. Tag nach vorhergehendem Brand des männlichen Gliedes und mehrfachen Blutungen, sowohl aus der Nase als auch aus den brandigen Theilen. Bei der Leichenöffnung Icterus der Leber mit mehr gleichmässigem Gefüge und normalem Volumen. (Entnommen aus: VERDET, de l'ictère essentiel grave. Thèse soutenue à Paris. 31. Dec. 1851. 1. Beobachtung): »Ein gewisser Trouvillier, Gerber, 28 Jahre alt, ist am 20. Nov. in die Charité, Saal St. Louis eingetreten. Mit einer beträchtlichen Muskelstärke begabt, wurde dieser Mann vor 4 Tagen inmitten einer vortrefflichen Gesundheit von einem allgemeinem Unwohlsein ergriffen, das ihn seither nöthigte, das Bett zu hüten. Leichte Diarrhoe, viel Kopfschmerz und schwankender Gang waren gleichzeitig bemerklich.

Bei seinem Eintritt in das Hospital erschien er im Zustand einer sehr grossen Schwäche; kein Stupor, noch Störungen in seinen geistigen Fähigkeiten, mässiger Kopfschmerz. Die Conjunctiva leicht injicirt, Gesicht voll, von normaler Färbung; Zunge grau und feucht, bitterer Geschmack, ausgesprochener Durst, keine Kolik, Verstopfung seit 2 Tagen. Abdomen von normaler Form, ein wenig Gurren in der Ileocoecalgegend, Haut weiss, Puls klein, 100. Dumpfe Schmerzen in den Gliedern. Der Kranke hat so starken Schwindel, dass er nicht aufrecht stehen kann und in dieser Stellung fast ohnmächtig wird. — Am Präputium befindet sich ein Schanker mit Balanitis complicirt. (Aderlass von 16 Unzen.)

21. November. Das gelassene Blut zeigt ein sehr reichliches, gelbes Serum. Seit gestern ist Icterus eingetreten: keine Aufregung, weniger Kopfschmerz und Schwindel. Zunge weiss. Die Leber überragt nach unten den Rand der Rippen. Puls weich, weniger häufig. Am folgenden Tag sind Schwindel und Schwäche wieder sehr bedeutend. Der Kranke hat täglich starkes Nasenbluten. Die Haut sehr heiss. Präputium mehr geschwollen. Am 25. war das Nasenbluten so stark, dass tamponirt werden musste. Sehr aufgeregte Nacht. Orangegelbe Färbung des Körpers. Verstopfung. Puls beschleunigter. In den folgenden Tagen schwillt die Haut des Penis so an, dass bei dem drohenden Brande mehrere Einschnitte gemacht werden müssen. Aus einem der syphilitischen Geschwüre tritt eine copiöse Blutung ein. Die Nächte sind schlecht. Häufiges Schluchzen. Puls und Hauttemperatur wieder fast normal. Limonade, Cataplasmen. 29. November. Beständiges Schluchzen, Puls 80, Haut heiss. Etwas Empfindlichkeit auf Druck oberhalb der Symphyse der Schambeine. Wenig Harn. Verstopfung. Limonade mit Wein. Potio antiemetica Riverii. Das Schluchzen wird immer häufiger. Intelligenz normal; Zunge feucht und weiss. Etwas Appetit, reichlicher Harn. Der Brand des Präputiums nimmt zu. Am 30. Fleischbrühe und Selterswasser. Die Symptome dauern an den folgenden Tagen fort. Der Puls steigt auf 90; die Verstopfung ist immer hartnäckig; der

Brand nimmt etwa drei Viertheil der Haut des vorderen Theils des Penis ein; die Lippen werden bleich. Man nimmt am 3. Dec. die Brandschorfe des Penis weg; wobei der Kranke ziemlich viel Blut verliert. Haut kühl, Puls 108. Im Laufe des Tages nimmt die Schwäche des Kranken bedeutend zu, er behält aber vollkommenes Bewusstsein und kündigt sein nahes Ende an. 4. December 4 Uhr Morgens Tod, nachdem die Schwäche immer mehr zugenommen hatte.

Leichenöffnung. Gehirn normal. Pia mater, Serum des Gehirns, Oberfläche der Ventrikel und Plexus choroid. etwas gelb gefärbt. Lungen gesund, Herz gross; besonders der linke Ventrikel dick, mit weiter Höhle. Im rechten Herzen ist ein fibrinöser, intens gelber Pfropf. Magen gesund; Duodenum bleich, grauen Schleim enthaltend; im Jejunum etwas gelbliche Flüssigkeit, welche im Ileum copiöser ist. Im Colon feste, normale Faeces; die Peyerschen Drüsen etwas geschwellt. Die Leber ist von normalem Umfang, olivenfarbig, gelblich grün, ein frischer Schnitt ist glatt, feucht, etwas weich; die Granulationen sind verschwunden. Man sieht viele polygonale, olivengrüne Linien, die eine mehr graue Substanz einschliessen. Die Gallenblase ist ausgedehnt, von einer braunrothen, wenig consistenten Flüssigkeit gefüllt. Schleimhaut normal. Auch in den grossen Gallengängen findet sich eine ähnliche Galle; sie sind überall frei durchgängig. Die Pfortader ist gesund, in der Hohlvene sind wenig gelb gefärbte Pfröpfe; Milz mässig gross, hellroth; die Corticalsubstanz der Nieren ist gelb gefärbt. Auf der Schleimhaut der Nierenbecken sind mehrere Ecchymosen. In der Blase ist eine reichliche Menge dunklen Urins.«

Epicrise: Dieser Fall ist ein interessantes Beispiel eines Icterus mit tödtlichem Ausgang ohne alle Cerebralerscheinungen, ohne alle Leberschmerzen, weder von Atrophie noch von Hypertrophie dieses Organs begleitet. Die Schwäche und der Collaps sind auch hier wohl zum Theil auf Kosten der vielen Blutverluste zu stellen. Wir glauben nicht, dass der Brand der Haut des männlichen Gliedes, welcher offenbar nur oberflächlich war, die Schuld des schlimmen Ausgangs tragen könne. Interessant ist die Complication mit Syphilis, welche, wie wir schon früher gezeigt haben, als Causalmoment auf die Entwicklung des bösartigen Icterus wirken kann. Der Schanker war frisch, nicht mit Merkur behandelt, also konnte diesem, wie es öfters geschehen, kein Antheil an der Entwicklung des Icterus beigelegt werden.«

Virchow, Ueber die Natur der constitut. syphilitischen Affectionen. Dessen Archiv für Patholog. Anatomie. 15. Bd. 1858, pag. 277, erzählt einen Fall von »Gelenkrheumatismus?« (sic) Morbus Brightii Ascites, Tod im Sopor nach peritonitischen Zufällen, bei ausgedehnt markiger Schwellung der Lymphdrüsen und Follikel und consecutiver Leucocytose.

Cyanose, besonders des Gehirns; Pharynxnarben. Aeltere und frische Peritonitis. Gährender Magen- und Darminhalt. Narbige Leber mit gelben, käsigen Knoten und frischer parenchymatöser Schwellung. Amyloider Milztumor, parenchymatöse Nephritis mit beginnender amyloider Degeneration der Glomeruli.« Bei der hier unter erysipelatöser Röthung bestehenden Schwellung der unteren Extremitäten, womit rheumatismusartige Schmerzen mit Fieber verbunden waren, erfolgte später der Tod im Sopor. Ein ausführlicher Sectionsbericht, auf den ich verweise, folgt bei. Pag. 280 äussert sich VIRCHOW in folgender Weise: »Die freilich (in Beziehung auf Syphilis) nicht erhobene Anamnese giebt keine Anhaltspunkte in Beziehung auf früher dagewesene Syphilis, und das Einzige, was im Sectionsbefund ausser den Veränderungen der Leber für ein constitutionelles Leiden der Art spricht, sind die Pharynxnarben, die amyloide Entartung der Milz und Nieren, sowie die höchst auffällige und sonst durch Nichts erklärte Schwellung fast aller Lymphdrüsen und der Follikelapparate am Becken. Mit letzterer hing hier eine sehr ausgesprochene Leucocytose zusammen.« . . . »Abgesehen davon, dass mir nie ein ähnlicher Fall vorgekommen ist, dass vielmehr in allen Fällen von gummöser Hepatitis zugleich andere, ganz charakteristische Veränderungen der constitutionellen Syphilis oder eine unzweideutige Anamnese vorhanden waren, dass in dem gegenwärtigen Fall insbesondere der Verdacht auf ein merkurielles Leiden gar keine thatsächliche Gründe für sich haben würde, so ist es ja bekannt, wie oft nach einem latenten oder unbemerkten Schanker secundäre Zufälle sich entwickeln. Auch hat der Fall in sich nichts, was die Möglichkeit einer vorausgegangenen syphilitischen Infection ausschlösse, und der sogenannte Rheumatismus konnte sehr wohl der Invasionsperiode der constitutionellen Syphilis angehören. Im Hinblick auf die sehr bezeichnenden Pharynxnarben, die ich erst bei genauem Nachsuchen entdeckte, halte ich es für unzulässig, einen anderen Zusammenhang zu vermuthen, so lange keine besonderen Gründe dafür gefunden werden, und ich werde fortfahren, diese Fälle als syphilitische anzusehen, bis der thatsächliche Nachweis geliefert ist, dass sie auch ohne Syphilis vorkommen. Schon DIETTRICH (Prag. Vierteljahrsschr. 1849, I. S. 30, 1850 II. S. 35) hat drei ähnliche Fälle beigebracht.« . . . »Was endlich die chronologische Stellung der syphilitischen Hepatitis betrifft, so ist es gewiss in vieler Hinsicht gerechtfertigt, sie den tertiären Zufällen zuzurechnen. Indess ist es ganz sicher, dass die einfache Induration und die narbige Atrophie bei hereditärer Syphilis neben frischen secundären Zufällen vorkommen. Für die Affectionen der Erwachsenen hat GUBLER (Mem. sur l'ictère qui accompagne quelquefois les éruptions syphilitiques précoces. Gaz. méd. de Paris 1851) durch klinische Thatsachen erwiesen, dass schon bei dem ersten Erscheinen secundärer Zufälle eine Betheiligung der Leber sich entwickeln kann. Möge

man daher hier nicht zu eilig im Abschluss sein.« GUBLER führt nach dem Referat in SCHMIDT's Jahrbüchern vom Jahre 1854 (der Originalaufsatz war mir nicht zugänglich) 8 Fälle an, bei denen zur Zeit der Eruptionsperiode der Syphilis unter gleichzeitigen Störungen des Verdauungssystems, Magendarmcatarrh und Icterus eingetreten war. In dem Referat ist Fieber nicht ausdrücklich erwähnt. Dass Fieber dabei vorgekommen, ist aber schon wegen des Darmcatarrhs sehr wahrscheinlich und geht auch aus den späteren Angaben von LANCERAUX hervor.

Auf pag. 282 und folgenden beschreibt VIRCHOW die Gummageschwülste der Muskeln und unter gleichzeitiger Erwähnung der Fälle von RICORD und LEBERT speciell eine eigene Beobachtung von Herzerkrankung: »Constitutionelle Syphilis, Herzleiden. Tod unter Dyspnoë. Myo-Peri- et Endocarpitis gummosa, partielles Herzaneurysma mit Thrombose. Carnification und Narbenbildung in den Lungen. Hyperplastische Muskatnussleber. Einfacher Milztumor. Parenchymatöse Schwellung der Nieren. Partielle Anschwellung der Harnblase. Anlage zu einer Hernia obturatiora. Orchitis simplex et gummosa. Markige Schwellung der Inguinaldrüsen etc.

Der Kranke, 47 Jahr alt, Scharfrichterknecht, wurde am 14. Mai 1858 nach dem Polizeiatteste wegen »Wechselfieber und Wassersucht« zur Charité geschickt. Hier ergab sich, dass er im 33. Jahr an Syphilis erkrankt war, dass er über grosse Dispnoë bei leichtem Oedem der Unterextremitäten klagte. Man fand ein systolisches Geräusch an der Herzspitze und Verstärkung des 2. Tones der Pulmonarterie bei mässiger Vergrösserung des Herzens, Livor des Gesichts und der Extremitäten, 48 Respirationen in der Minute, rubiginöse Sputa. Eine Venäsection und Digitalis brachten keine Erleichterung. Tod am 17. Das genaue Krankenjournal ist leider verloren gegangen.« In Betreff der ärztlichen Anamnese hebe ich die Angabe »Wechselfieber und Wassersucht« hervor und verweise über den ausführlichen Sectionsbericht VIRCHOW's auf das Original.

Auf pag. 288 äusserst sich VIRCHOW: »Es giebt eine . . . . einfache und eine gummöse interstitielle Myocarditis«.

Auf pag. 289: »Eine letzte und gleichfalls sehr erhebliche Frage ist die, ob das Muskelsyphilid wirklich abscediren, vereitern könne, wie mehrere Autoren beschreiben. Ich kenne bis jetzt keine Beobachtung, aus welcher evident hervorginge, dass die käsige Gummigeschwulst als solche direct erweichen und ulceriren könne, aber ich habe allerdings bei Syphilitischen Muskelabscesse gesehen, die aller Wahrscheinlichkeit hierher gehören. Von einem solchen Falle, dessen GEIGEL (Archiv VII. S. 245) kurz gedenkt, habe ich den genaueren Bericht in meinen gesammelten Abhandlungen S. 633 gegeben. Diese Form hat die grösste Uebereinstimmung mit den früher beschriebenen Abscessen des Unterhautgewebes, und ich möchte es daher für

wahrscheinlich halten, dass die Gummigeschwulst entweder, wo sie einen chronischen Verlauf nimmt, indurirt und käsig wird, oder wo sie mehr acut sich entwickelt, zu einer schlechten Eiterung führt. Indessen wäre es auch möglich, dass die käsige Gummigeschwulst wie der gewöhnliche Tuberkel später erweichen und ulceriren könne. Fall von DIETRICH, Prag. Viertelj. 1850.«

Pag. 299. Fall X. »Secundäre Syphilis. 7 Jahre später noch rheumatoide Schmerzen, schnelle Erblindung. Heilung nach einer Quecksilberkur. Neue Erkrankung mit Blepharoptosis u. s. w. Tod. Geschwulst am Penis und den Oculomotorii, kleinere an anderen Theilen des Gehirns. Hydrops cysticus der Zirbel. Erweichung der Thalami. Einzelne Käseknoten in den Lungen.« (Siehe Original.)

Am 22. April 1857 (nachdem sie 1849 in der Charité im Alter von 22 Jahren an Syphilis behandelt worden war) kam die Kranke wieder in's Lazareth.

»Am 18. April war sie plötzlich von einem heftigen und beständigen Frösteln durch den ganzen Körper ergriffen worden, wobei nur der Kopf heiss und grosser Durst bestand. Ohne dass irgend ein anderes auffälliges Symptom hinzutrat, dauerte dieser Zustand an, schlechter Schlaf, träger Stuhl, geringer Appetit, häufiges Aufstossen des Genossenen. Als sie zur Anstalt kam, war ihr Aussehen sehr verfallen; grosse Abmagerung, erdfahle Haut, beständiges Frieren, Kühle der ganzen Körperoberfläche, selbst des Kopfes. Dabei keine Spur eines Organleidens. Das Gesichtsvermögen hatte sich vollständig erhalten, Puls 72, die Zunge gut, der Leib weich und unschmerzhaft, die Untersuchung der Brust zeigt nur einzelne catarrhalische Stellen. Am 24. bemerkte ich zuerst, dass die rechte Pupille etwas weiter war, als die linke, obwohl die Kranke auf beiden Augen gut sah. Puls 64. Temperatur 30,5 ° R. Fortdauer des Fröstelns. Ein warmes Bad bringt weder das Wärmegefühl zurück noch Schweiss; anhaltende Appetitlosigkeit, schlechte Verdauung, sichtbarer Verfall der Kräfte, wechselnde Schmerzen in verschiedenen Körpertheilen. Vom 27. an Kopfschmerzen, die bald heftig andauernd werden. Am 29. geringer Nachlass der Schmerzen, Erbrechen und Ptosis des rechten Augenlides bei etwas vermindertem Sehvermögen auf dieser Seite. Die Anwendung von 4 Blutegeln hinter das rechte und von 2 hinter das linke Ohr bleibt erfolglos, und wird daher am 30. Solut. Kalihydrojodici eine Drachme auf sechs Unzen, 3stündlich 1 Esslöffel gegeben. Danach sehr bald Nachlassen des Frostes und Eintreten continuirlicher Hitze, Steigerung der Kopfschmerzen. Nach kurzer Zeit bildet sich ein apathischer fast comatöser Zustand aus, von dem sie jedoch durch Ansprechen leicht erweckt wird um zu versichern, es gehe ihr gut.« . . . In der folgenden Zeit Unruhe, später wieder Ruhe und Ende Mai unter allmählig leicht zunehmenden Lähmungserscheinungen Tod.

Während VIRCHOW den Fall anfangs für tuberkulöse Processe hielt, so hatte er nachher eine andere Meinung: »Etwas anders stellt sich das Resultat, wenn man den ganzen Verlauf der Krankheit, wie ich ihn später aus den Acten des Krankenhauses ergänzen konnte, erblickt. Die Kranke war secundär syphilitisch gewesen und durch Merkur geheilt worden. Ohne bekannte Ursachen entwickeln sich 7 Jahre später Erscheinungen, die nach dem Ergebnisse unzweifelhaft der Geschwulst an der Hirnbasis zuzuschreiben sind. Diese Geschwulst wird durch Merkur vom Neuen nicht nur gehemmt, sondern zurückgebracht.« Es folgt nun Beurtheilung des Gehirnsectionsbefunds. VIRCHOW sagt, es bestehe hier nach dem Befunde ein wesentlicher Unterschied von den gewöhnlichen Solitärtuberkeln. Er hält den Fall nicht für Tuberkulose, und er sagt, wenn der Fall trotzdem nicht entscheide (für Syphilis), da die feinere Untersuchung nicht sorgfältig genug angestellt sei und er damals auf die Wichtigkeit des Falles noch nicht aufmerksam gewesen so forderten künftige Fälle zu sorgfältigeren Untersuchungen auf.

Pag. 329. »Sowie der ursprünglich einfache Schanker induriren kann zu einer Zeit, wo noch nirgends ähnliche Processe bestehen, so beginnt auch fast an irgend jedem anderen Organe, gleichviel zu welcher Zeit nach der Infection es erkrankt, zuerst die leichtere Form und bald früher, bald später folgt daraus die schwere.«

Pag. 333. »Bei der Syphilis beweist nichts, dass die Infection anhaltend ist, im Gegentheil drängt die ganze Geschichte derselben, die immer stossweise Eruption der neuen Erkrankungen, die zuweilen selbst febrile Invasion neuer Localisationen, dahin, eine intermittirende Infection von gewissen Graden aus anzunehmen.«

Und nun noch den Hauptpunct der VIRCHOW'schen Anschauung, die Infection von Drüsen aus anlangend, führe ich folgende Stelle an:

»Jede Localisation ist also zunächst kritisch und depuratorisch für die Säfte, jede kann aber auch wieder infectiös werden.«

FRERICHS. Klinik der Leberkrankheiten. Bd. II. 1862. Cirrhose der Leber. Pag. 34.

FRERICHS führt als ein Causalmoment, welches Cirrhose veranlassen könne, die Syphilis an: »Unter den von mir beobachteten Kranken waren sechs, welche an constitutioneller Syphilis litten, oder welche früher Symptome derselben gezeigt hatten. Bei drei derselben war das Leberparenchym gleichzeitig mit Colloidmasse, welche auch in der Milz und den Nieren sich vorfand, durchsetzt. Ich glaube daher einen Zusammenhang zwischen jener Dyskrasie und der Leberaffection annehmen zu dürfen, um so mehr, als andere Nutritionsstörungen der Leber, wie fettige oder colloide Entartung, local beschränkte Entzündungen ebenfalls im Gefolge der Syphilis vorkommen. Bei fünf Kranken ging anhaltende Intermittens der Cirrhose

voraus, ein Zusammentreffen, welches auch von anderen Beobachtern mehrfach constatirt worden ist. Im Allgemeinen ist indess bei Individuen, welche an Wechselfiebercachexie zu Grunde gingen, die granulirte Induration der Leber ein seltener Befund; viel häufiger fand ich einfache chronische Atrophie oder fettige, hier und da colloide Infiltration. Es müssen hier, wie es scheint, Nebenumstände einwirken, wenn Cirrhose zur Ausbildung kommen soll; welcher Art diese sind, darüber bleiben wir vor der Hand noch im Unklaren.«

Pag. 74. Krankengeschichte.

»52jährige Frau wurde am 4. Juni 1855 aufgenommen, starb am 3. Februar 1856. Sie war früher wiederholt syphilitisch gewesen; eine eingesunkene Nase beweist neben oft wiederholten, durch Jodkali schnell geheilten Periostaffectionen die constitutionelle Syphilis. Seit mehreren Wochen hustet sie und hat vor 1/4 Jahr eine reichliche Hämoptoë überstanden. In der Spitze der linken Lunge Dämpfung und consonirendes Rasseln u. s. w., die unteren Parthien normal. Dämpfung der Lebergegend gering, Schmerz daselbst häufig, durch Druck gesteigert, die Milz wegen bestehenden Ascites nicht zugänglich. Im Urin mässige Menge Eiweiss, Cylinder, Oedeme der Eytremitäten; Anämie weit vorgeschritten, leichte Fieberbewegungen; Neigung zum Durchfall; Appetit. Oedeme nehmen zu. Tod.

Sectionsbericht: Auszug. Lunge: der linke obere Lappen ist infiltrirt mit grüner Tuberkelmasse, daneben ein frisches gelatinöses Exsudat, welches von Miliartuberkeln durchstreut ist, an der Spitze findet sich eine hühnereigrosse Höhle. Im unteren Lappen frische Miliartuberkel in dem hyperämischen Parenchym. Rechts der obere Lappen mit einem taubeneigrossen Heerd von gelber Tuberkelmasse. — Kleine cirrhotische, indurirte Leber. Mässiggrosse Speckmilz; Syphilis der Schädelknochen, granulirte Nieren.«

Das Fieber ist hier durch den fortschreitenden tuberkulösen Process erklärt.

Pag. 150. Hepatitis syphilitica.

Frerichs hat die Symptome zuerst festzustellen sich bemüht, und wir verweisen im Ganzen auf seine auch in historischer Hinsicht lehrreiche Deduction. Wir entnehmen derselben die Angaben, dass von Astruc, van Swieten und Portal an sich der Faden über die syphilitischen Erkrankungen der Leber sich verloren habe, bis Ricord (Clinique iconogr. de l'hôpit. des Vénér.) Veränderungen der Leber, der Lunge und des Herzens beschrieb, welche er mit Gummigeschwülsten vergleicht. Auch Rayer (Traité des malad. des reins. T. II. p. 486) beobachtete Alterationen des Leberparenchyms neben Nephritis albuminosa, die er auf Syphilis zurückführte.

Umfassender stellte DIETTRICH (Prager Virteljahrsschr. 1849. Bd. I.) den syphilitischen Erkrankungsprocess der Leber zuerst in seinen Grundzügen fest, so dass weitere Arbeiten den Gegenstand dem Abschluss näher führten. (GUBLER Gaz. médic. de Paris 1852. No. 17. und 1854) WILKS (Transact. of the Pathol. Society. Vol. VIII.) BRISTOW (ibid. Vol. X). (VIRCHOW Archiv f. path. Anat. Bd. XV. pag. 266 und Andere).

Den Versuchen von BÖHMER und VIDAL gegenüber, die syphilitische Natur der Leberaffection in Frage zu ziehen, äussert sich hier noch FRERICHS wie folgt: »Die anatomischen Veränderungen dieses Organs stimmen, auch wenn man von der Häufigkeit ihres Vorkommens bei constitutioneller Syphilis absieht, ihrer Form, ihrer Entwickelung und Rückbildung nach so genau mit den unzweifelhaft syphilitischen Producten in anderen Organen überein, dass diese Zweifel jede Berechtigung verlieren müssen.« Pag. 153. »VIRCHOW verfolgte die Entwickelung und Rückbildung der durch Lues veranlassten anatomischen Läsionen am genauesten, und schon früher hatte DUFOUR (Bullet. de la Société anat. de Paris 1851. p. 139) einen Fall von Lebercirrhose bei Syphilis mitgetheilt«.

Pag. 154. »Schwieriger zu beantworten ist die Frage, welcher Epoche der venerischen Infection die Hepatitis syphilitica angehöre, ob sie den secundären oder tertiären Zufällen zuzurechnen sei. Die einfache Narbenbildung kommt bereits neben secundären Affectionen vor. DIETTRICH gelangte zu diesem Ergebniss auf anatomischen, GUBLER auf klinischem Wege.« — GUBLER war überhaupt der erste, welcher auf klinischem Wege für gewisse Fälle von Lebererkrankung auf eine syphilitische Ursache hinwies. Ich erwähne nun noch folgende Stellen aus dem Werke von FRERICHS, weil sie geeignet sein können, über den Eintritt oder das Fehlen von Fiebererscheinungen bei Hepatitis syphilitica wenigsten einigen Anhalt zu geben.

Pag. 155. »Die Rückwirkung der einfachen und gummösen Hepatitis syphilitica ist im Allgemeinen nicht hoch anzuschlagen. Gewöhnlich bleibt der grösste Theil der Drüsensubstanz functionsfähig, hie und da scheint sich auch der Verlust durch Hypertrophie auszugleichen. Fälle wo grössere Gefässäste oder Gallengänge obliteriren und dadurch Störungen herbeigeführt wurden, sind selten. Anders stellt sich das Verhältniss heraus, wenn die Induration über weite Strecken der Drüse sich ausbreitet, oder wenn amyloide Entartung derselben zu Stande kommt. Hier treten alle die Folgen ein, welche die Cirrhose und die Wachsleber nach sich zu ziehen pflegen. Die nicht selten neben syphilitischer Hepatitis hergehende Cachexie findet weniger in den Lebernarben, als vielmehr in der Erkrankung der Lymphdrüsen, der Milz und besonders der Nieren ihre Erklärung.

Was die Symptome anbelangt, von welchen die Krankheit während des

Lebens begleitet wird, so sind dieselben häufig so unbedeutend, dass die Entstehung der Narben sich der Beobachtung entzieht und man sie bei der Obduction findet, ohne darauf vorbereitet zu sein. Es giebt jedoch Fälle, wo die Zeichen deutlich genug hervortreten, um eine Diagnose möglich zu machen. Zu den constantesten derselben gehören Schmerzen in der Lebergegend, welche bald örtlich beschränkt, bald über das ganze Organ verbreitet sind. Sie sind in der Regel dumpf und drückend, mitunter aber auch lebhaft genug, um sehr beschwerlich zu fallen. Ihre Dauer kann sich weithin erstrecken; einer meiner Kranken klagte unablässig drei Monate lang, bei einem andern traten wochenlange Pausen ein, worauf Exacerbationen sich einstellten, welche von einem leichten Fieber begleitet waren. Ein zweites Symptom ist der Icterus, welcher viel seltener vorkommt, auch nur wenig ausgebildet und von kurzer Dauer zu sein pflegt. Ich sah ihn neben Perihepatitis syphilitica, wo er mit dem Nachlasse der Entzündung wieder verschwand, ferner in einem Falle von amyloider Degeneration der Leber mit Gummiknoten. Hier ergab die Obduction geschwollene Drüsen in der Porta hepatis als Ursache. In einem dritten Falle endlich war die Gelbsucht die Folge der Obliteration eines grossen Gallenganges durch eine von der concaven Fläche der Leber ausgehende Narbe. Die Drüse zeigte sich hier bedeutend vergrössert und auf der Oberfläche mit rundlichen, schmerzhaften Knollen bedeckt, so dass die Affection eine Zeit lang für Carcinoma hepatis angesehen war. Die Autopsie brachte eine indurirte, von Narben zerklüftete und amyloider Substanz durchsetzte Leber an's Licht. Wo Schmerz und Gelbsucht fehlen, kann unter Umständen die Form und Volumsveränderung der Drüse Auskunft über das Bestehen von syphilitischen Lebernarben geben, wenn das Organ der Betastung zugänglich ist. Häufig ist dies nicht der Fall, manche Narben entziehen sich allen diagnostischen Hülfsmitteln. Die eben erwähnten Symptome können nur dann die Annahme einer Hepatitis syphilitica rechtfertigen, wenn neben ihnen andere Symptome einer unzweideutigen Syphilis vorhanden sind« u. s. w. . . . »Das Vorhandensein der constitutionellen Syphilis, die meistens vorübergehende Schmerzhaftigkeit, die Milzanschwellung und Albuminurie, welche oft nebenhergehen, können das Urtheil hier auf den rechten Weg führen. Ein therapeutisches Einschreiten ist selten nothwendig; ruhiges Verhalten, örtliche Blutentziehungen, warme Cataplasmen, salinische Abführmittel, später Jodkali sind ausreichend, die Beschwerden zu beseitigen. Stets sei man jedoch, auch wenn die lästigen Zufälle sich verlieren, auf eine gründliche, antisyphilitische Cur bedacht, um weiteren Folgen vorzubauen. Wo wachsartige Infiltration neben der Hepatitis besteht, ist das Curverfahren dieser Affection einzuleiten.« FRERICHS behandelte einen Kranken, welcher die Cur in Aachen aufgeben musste, weil die durch Hepatitis syphilitica ver-

anlassten Schmerzen unerträglich wurden. Pag. 158. FRERICHS führt eine kurze Krankengeschichte einer Frau an, welche seit 4 Jahren eine eingefallene Nase und strahlige Narben am Gaumen zeigte. Die schmerzhafte, teichigt anzufühlende Leber überragt den Thoraxrand. Esslust vorhanden; kein Icterus, Fieber wird nicht erwähnt.

Die Kranke litt ausserdem an chronischem Lungencatarrh und an vergrösserter Milz. Lungencatarrh und Schmerzhaftigkeit der Leber verloren sich rasch. Auch nach 3 Monaten bei abermaliger Vorstellung der Kranken war keine Aenderung eingetreten.

Ausserdem werden noch einige Krankengeschichten angeführt, welche characteristisch für die Entartung der Leber, Milz, Nieren in späteren Epochen der Syphilis sind. Verschiedenartige Complicationen sind vorhanden. Fieber wird nicht ausdrücklich erwähnt, obwohl der Puls ziemlich frequent ist. Tod erfolgte durch Erschöpfung.

Pag. 165. Die wachsartige, speckige oder amyloide Degeneration der Leber. Als eins der ätiologischen Momente dieser Erkrankungsform der Leber führt FRERICHS pag. 173 die constitutionelle Syphilis auf. Hier findet man die einschlagende Literatur verzeichnet, ROCKITANSKY, DIETTRICH, H. MERKEL, J. WILKS, VIRCHOW haben diese Thatsache bestätigt. Man schuldigte die übermässige Anwendung des Quecksilbers als ursächliches Moment an, indess glaubt FRERICHS schon nach der Arbeit von GUBLER (Gaz. méd. 1852), welcher bei neugeborenen Syphilitischen dieselbe Leberveränderung vorfand, schliessen zu dürfen, dass nicht Quecksilber, sondern die Syphilis selbst die Ursache der Wachs- und Speckleberentartung sein könne.

Pag. 182. BUDD S. 335 rühmt besonders die Wirkung des Ammon. muriatic. zu 5 bis 10 Gran 3 Mal täglich, durch welches er eine seit 9 Monaten (durch Syphilis veranlasste) bestehende Anschwellung der Leber und Milz, begleitet von Abmagerung, Blässe und Reizfieber, nachdem vergeblich Quecksilber, Jod und andere Mittel versucht worden waren, beseitigte.

Zur Therapie füge ich die Angaben von FRERICHS hinzu, dass vor Karlsbad zu warnen ist, dagegen Ems und Weilbach gerathen werden. Jod und Jodeisen empfehlen sich ebenfalls. Nach meiner Ansicht ist, wenn Fieber eintritt, hierin keine Contraindication gegen den Jodgebrauch.

Ich übe keine weitere Kritik aus, in wie weit die hier angeführten Stellen, welche im Verlauf der syphilitischen Krankheit von Fieber handeln, auf die syphilitische Erkrankung selbst oder auf andere Erkrankungen und krankmachende Ursachen, auf die Complicationen u. s. w. zu beziehen sind. Hierauf suchte ich über unseren Gegenstand nach weiteren Angaben in diesem Jahrhundert.

Die meisten Autoren der Werke über Syphilis und über die gesammte Pathologie erörtern die Fieberbewegungen bei Syphilis nicht eingehend. Wir finden von jetzt an nur vorzugsweise die Bemerkung, dass bei dem Eintritt der constitutionellen Syphiliserscheinungen, zuweilen vorübergehend zur Zeit der Entwickelung der constitutionellen Symptome und manchmal später, leichte Fiebererscheinungen beobachtet worden seien.

Eine eingehende Beschreibung dieses Fiebers finden wir aber nicht. Ich stellte mir hierauf die Aufgabe, thermometrische Beobachtungen bei den syphilitischen Kranken anzustellen, um einen Einblick über das Wesen der Fiebererscheinungen bei Syphilis zu erlangen und festzustellen, unter welchen Verhältnissen das Fieber auftrete oder modificirt werde. Besonders wendete ich meine Aufmerksamkeit der Epoche im Verlauf der Syphilis zu, in welcher die ersten Zeichen der constitutionellen Erkrankung zur Beobachtung zu kommen pflegen, und verglich hiermit das Fieber, welches in den späteren Perioden der Krankheit vorkommt.

Im Jahre 1861 beobachtete ich als interimistischer Hausarzt am Georgenhospital zu Leipzig einen Fieberanfall bei einem Syphilitischen, und ich fasste diese Beobachtung als syphilitisches Eruptionsfieber auf. Seit jener Zeit wendete ich dem Gegenstand theils im Georgenhospital, theils später im Garnisonlazareth zu Dresden und in der Privatpraxis fortwährende Aufmerksamkeit zu und liess hierauf eine vorläufige Publication in Küchenmeister's Zeitschrift 1863 erscheinen:

Das syphilitische Fieber von Dr. Edmund Güntz, Küchenmeisters Zeitschrift 1863. Neue Folge, II. Bd. pag. 123.

In diesem von mir verfassten Aufsatz über das obige Thema, worauf ich im Original verweise, stellte ich nach einer Zahl gesammelter, von mir gemachter Temperaturbeobachtungen allgemeine Gesichtspuncte auf, nach welchen die Vergleichspuncte des syphilitischen Fiebers mit den exanthematischen Krankheiten von mir hervorgehoben wurden. Ich führte schon damals an, dass zur Diagnose der constitutionellen Syphilis die genaue Temperaturbeobachtung benützt werden müsse.

Hierauf habe ich nun noch folgende Angaben aus der Literatur über die Fieberscheinungen bei Syphilis zu machen:

Dr. A. Reumont in Aachen, Beiträge zur Pathologie und Therapie der constitut. Syphilis, Erlangen, Enke 1864, gedenkt in einzelnen seiner zahlreichen Krankengeschichten der Fiebererscheinungen bei Syphilis.

Pag. 14. 4. Beobachtung: »Ein 36jähriger Deutscher, der, nachdem er im verflossenen Winter wegen constitutioneller Syphilis eine Merkurialcur gebrauchte, zu einer Probecur nach Aachen kam, hatte als verdächtige Zeichen blass infiltrirte Curvicaldrüsen und mässiges Ausfallen des Haupthaares. Im Uebrigen war er gesund. Nachdem Patient die Thermalcur in

Burtscheid in allen Formen gebraucht hatte, entstanden am Ende der 4. Woche, unter allgemeinen fieberhaften Erscheinungen einzelne Psoriasisflecke in den Handtellern, ein characteristisches Geschwür am palatum durum und ein Panaritium 2. Grades an einem Finger.« . . .

Pag. 15. 6. Beobachtung: »Ein junger deutscher Kaufmann hatte im Mai wegen Roseola syphilitica, infiltrirter Drüsen u. s. w. eine Schmiercur unter den gehörigen Cautelen durchgemacht. Im darauffolgenden August gebrauchte er die Aachener Thermalcur in allen Formen und lebte dabei ganz curmässig. Nach drei Wochen entstand unter leichten Fieberbewegungen Rauhigkeit im Halse und eine Anschwellung und Röthung der linken Mandel und auf derselben ein tiefes, rundes, wie abgeschnittenes Geschwürchen, das einen sehr verdächtigen Character hatte.« . . .

Ueber den weiteren Verlauf wird noch berichtet, dass in einigen Wochen das Geschwürchen ohne weitere Behandlung geheilt sei, und dass sich der Patient ganz wohl befinde.

Pag. 29. 11. Beobachtung: »Patient, ein 38jähriger, polnischer Gutsbesitzer acquirirte vor 5 Jahren (1858) einen Schanker am Penis, der sich aus einer stark blutenden Verletzung entwickelte; einige Tage später entstand eine schmerzhafte Schwellung der Leistendrüsen. Behandlung durch Ricord mit Pillen (wahrscheinlich Protojodur. Hydr.) und Heilung in 6 Wochen. Im darauffolgenden April (1859) entstand in seiner Heimath ein Ausschlag auf der Stirn und im August desselben Jahres nach einem allgemeinen fieberhaften Zustande schwärzliche Pusteln über den ganzen Körper.« .. später kamen noch wiederholte syphilitische Ausschläge zum Vorschein, ehe die Aachener Cur gebraucht wurde.

Théses de Paris 1864. Dubuc, referirt von Desprès Gaz. des hôp. 1867/68. pag. 270. Die Uebersetzung lautet: »In der 2. Beobachtung handelt es sich um einen Herrn, welcher im Jahre 1857 in Italien sich ein Genitalgeschwür zuzog und während eines Monats Merkur gebrauchte. Am 15. Mai 1861 hatte er abermals ein solches Geschwür, welches von Cullerier für einen weichen Schanker erklärt wurde. Im Monat Juli erschien dessen ohngeachtet ein Hautausschlag und Ectymapusteln an den Beinen, nachdem Fieber und zunehmende Anämie vorhergegangen war. Nach Quecksilbercuren wurde der Kranke geheilt.

Prof. E. Wagner, das Syphilom. Archiv der Heilk. V. Jahrg. 1864, pag. 123. Aus dieser Arbeit entnehme ich einen Fall, bei welchem gleichzeitig die Krankengeschichte erwähnt ist. Das intercurrente Fieber ist auf eine tuberculöse Lungeninfiltration zu beziehen.

Der Kranke, angeblieh nie intermittenskrank und nie syphilitisch gewesen, aber dem Trunke und herumschweifenden Leben ergeben, kam wegen eines seit etwa 6 Jahren bestehenden, kalten Abscesses an der Aussenseite

des rechten Oberarms, sowie eines seit Kurzem entstandenen, fast eben so grossen furunkulösen Abscesses über dem Rücken des linken Handgelenks am 10. October zur Aufnahme in das Georgenhospital.

Der Kranke war sehr abgemagert, die Muskulatur schlaff, die Haut schmutzig gelblich grau, abschilfernd, das Gesicht etwas gedunsen, der Unterleib enorm aufgetrieben und hart, beide Unterschenkel etwas angeschwollen. Nonnensausen, Lungen und Herz normal, Leber enorm vergrössert, mässiger Ascites der Bauchhöhle. Appetit gut, Diarrhoe ohne Blut, Urin normal gefärbt, ohne Eiweiss. Oedeme schwanden. Der Kranke stand nach einigen Tagen wieder auf. Plötzlich sank Patient eines Tags beim Gehen bewusstlos nieder; seitdem blieb er bettlägerig. Hectisches Fieber stellte sich ein, Schwäche und Hinfälligkeit nahmen rasch zu. Wenige Tage vor dem Tod ohne vorausgegangenen Schüttelfrost hochgradige Kurzathmigkeit, und jetzt ergab die Percussion der linken Lunge Dämpfung, die Auscultation Bronchialathmen; Stuhl war wieder durchfällig, mit etwas Blut gemischt, thonfarbig, Urin dunkel, sparsam, schwach icterisch gefärbt, ohne Eiweiss, die Haut deutlich gelb, namentlich im Tode, welcher plötzlich ohne Agonie beim Aufrichten erfolgte.

Sectionsbefund. Auszug. Haut ausserordentlich blass, gelb und sehr wenig Todtenflecken. Die erwähnten fistulösen Geschwüre ohne Caries des darunterliegenden Knochens. Am rechten Ellenbogengelenk unter einer fluctuirenden Geschwulst Caries. Nirgend syphilitische Ausschläge oder Drüsenanschwellungen und Knochenwucherungen. An der Glans des Penis ein linsengrosser blassbräunlicher Fleck ohne Verhärtung. Linker Hoden normal. Der rechte Hoden bedeutend vergrössert, verhärtet, schloss einen wallnussgrossen, weissgelblichen käsigen Knoten ein. Lungen ödematös, mit icterischem Schaum und hyperämisch; linke Lunge in der Spitze mit zahlreichen kleinen Tuberkeln, völlig luftleer. Leber: 7 Pfd. 12 Loth schwer, mit mehreren hühnereigrossen und mehreren haselnuss- bis wallnussgrossen umschriebenen gelblichen Knoten durchsetzt. (Syphilom der Leber und des Hodens.)

Pag. 145. Diffuses Syphilom der Leber.

Das Kind, über dessen Eltern nichts in Erfahrung zu bringen war, wurde am 3. Lebenstage icterisch, nachdem in den zwei ersten Lebenstagen die Haut auffallend roth gewesen war. Der Icterus dauerte fort, der Harn war dunkel, der Stuhl farblos. Im Uebrigen soll das Kind gesund gewesen sein. 14 Tage vor dem Tode entstand an der rechten Hacke eine Blutblase, welche platzte und stark blutete. Nachdem der behandelnde Arzt, Prof. Streubel, verschiedene Scyptica ohne Erfolg angewendet hatte, wurde das Glüheisen applicirt. Trotzdem dauerte die Blutung fort; das Kind starb unter den Zeichen hochgradiger Anämie.

Section. Auszug. Haut hellgelb, ohne Todtenflecke; Milz doppelt grösser, braunroth, etwas fester, mässig bluthaltig; Pfortaderwurzel im Mesenterium nur geringe Blutmengen enthaltend. Nieren in der Binde graugelb, weicher; grosse Gefässe normal, in der Bauchhöhle keine Flüssigkeit. Leber 6″ quer, $3^3/_4$″ im Längs-, $2^1/_2$″ im Dicke-Durchmesser; bei oberflächlicher Betrachtung capergrün, gleichmässig fein granulirt, fest anzufühlen. Bei näherer Betrachtung sieht man die Acini gelbgrün, etwas kleiner, deutlich hervorragend und zwischen denselben eine ganz gleichmässige, grünliche Verbindungsmasse. Schnittfläche fester, blutarm, im Ganzen gleich der Oberfläche, aber stellenweise von sehr feinen, bis $^1/_6$‴ breiten, fibrinösen Streifen durchzogen. In der Gallenblase eine geringe Menge einer wasserhellen, schleimigen Flüssigkeit und einzelne grauweisse, flockige Massen. Die mikroskopische Untersuchung zeigte die Leberzellen fast sämmtlich grösser, einzelne um das Doppelte, die meisten waren mässig gross, hatten häufig zwei und drei Kerne, ein kleiner Theil derselben enthielt Körnchen und stengelförmige, diffuse gelbgrüne Massen. Interacinöses Bindegewebe, stark hypertrophisch, schickte in das Innere der Leberacini parallel den Gefässen zartere oder dickere Bindegewebsstränge u. s. w.

Zeissl, Lehrbuch der constitutionellen Syphilis, Erlangen, Enke 1864.

Pag. 69. Eruptionsfieber der Syphilis, äussert sich in folgender Weise: Obwohl, wie wir später wiederholt zu zeigen Gelegenheit haben werden, die Syphilis in ihren Ablagerungen einen chronischen Krankheitsprocess darstellt, so weist diese dennoch in einzelnen Momenten ihres Auftretens Erscheinungen auf, welchen man eine gewisse Acutität nicht absprechen kann. Es stellen sich nämlich Fieberbewegungen ein, welche den febrilen Symptomen, wie sie bei catarrhalisch-rheumatischen Affectionen vorkommen, nicht unähnlich sind. Die betreffenden Kranken klagen über Unwohlsein, Unruhe und Schlaflosigkeit, Abgeschlagenheit der Glieder, namentlich über Schwäche in den Kniegelenken, über Mattigkeit, welche Erscheinungen des Abends zunehmen. Die meisten Kranken klagen ferner über Appetitlosigkeit, während bei einzelnen trotz der Fieberbewegung ein Heisshunger sich einstellt. Der Gesichtsausdruck verdüstert sich und zeigt eine Niedergeschlagenheit, das Antlitz ist bleich und abgemagert, der Blick des tiefliegenden Auges matt, der Kranke wird verdriesslich, missmuthig. Zugleich wird er von rheumatisch intermittirenden Schmerzen gequält, welche bald den Kopf, bald die Schultern oder einzelne Gelenke oder Gliedmassen einnehmen. Bei vielen Kranken konnte ich während der eben angeführten Erscheinungen im Herzen Blasegeräusche wahrnehmen, wie sie bei chlorotischen und auch bei manchen fieberhaften Krankheiten, Typhus, Erysipel u. s. w. vorzukommen pflegen. Die Temperatur der Haut ist eine mässige und entspricht durchaus nicht den anderen febrilen Symptomen, dafür treten nächt-

liche Schweisse auf, und sedimentirt der Harn ebenso wie bei catarrhalisch-rheumatischen Affectionen und Ausscheidung von harnsauren Salzen und Urerythrin. Die Pulsfrequenz übersteigt zuweilen 110 in der Minute. Diese Fieberbewegungen, welche man seit jeher mit dem Namen syphilitisches Eruptionsfieber belegt hat, kommen gewöhnlich nur beim ersten Ausbruch der Syphilis vor, höchst selten gehen sie einer Recidive voran. Mit dem Ausbruche der krankhaften Erscheinungen in den verschiedenen Organen und Parthien des Körpers erlischt das Eruptionsfieber.

Um welchen Zeitpunkt nach stattgefundener Infection die Eruption der consecutiven Erscheinungen zu Stande kömmt, ist noch nicht genau bestimmt; unserer Erfahrung gemäss scheint dieselbe nie vor der 8. Woche nach stattgehabter Infection sich zu entwickeln. Dieser Zeitraum kann jedoch durch medicamentöse Einwirkungen verlängert werden.

Pag. 86. »Die Qualität und die Localisirungsweise der Entzündungsherde ist verschieden, je nachdem ein grösserer oder kleinerer Zeitraum seit der Infection verflossen ist. Die erste Eruption, welche 8—10 Wochen nach stattgefundener Infection zu Tage tritt, liefert zahlreiche, aber gleichmässig zerstreut stehende Entzündungsherde in Gestalt linsengrosser, mattrother Flecken oder schwach ausgeprägter, papulöser Erhabenheiten von gleicher Farbe und Grösse.«

Pag. 100. »Erythema syphiliticum. Häufig entwickelt sich das Erythema syphil. unter febrilen und subjectiven Erscheinungen, die wir früher als Erscheinungen des syphilitischen Eruptionsfiebers angeführt haben, als da sind: mässig beschleunigter Puls, verminderte Esslust, Abgeschlagenheit einzelner Glieder und Gliedmassen, rheumatoide Kopf- und Gelenkschmerzen. Erscheinungen, welche mit dem Ausbruche der Efflorescenzen schwinden. Je heftiger die Erscheinungen des Eruptionsfiebers, desto zahlreicher und ausgeprägter werden die Efflorescenzen, und desto gerötheter ist ihre Färbung. Wo die Erscheinungen des Eruptionsfiebers nur gering sind, oder gänzlich mangeln, sind die Entzündungsherde weniger prominent und mehr mattroth gefärbt, daher diese Form sehr häufig vom Kranken sowohl als auch von wenig geübten Aerzten übersehen wird, was um so weniger befremden wird, wenn wir hervorheben, dass das makulöse und papulöse Erythem« . . . »ohne Gefühl von Jucken und Brennen auftritt. Ist kein Eruptionsfieber vorausgegangen, oder wurde das Individuum gleich beim Auftreten der HUNTER'schen Induration mittelst Merkurialien oder drastischer Purganzen behandelt, so treten die Efflorescenzen nur spärlich und langsam auf. In der Regel entwickelt sich das Erythem sowie alle anderen Syphiliden auf langsamem Wege. Im Vergleiche zu den übrigen Syphiliden ist jedoch das Erythema syphil. nicht nur dasjenige, welches am frühesten nach der Infection auftritt, sondern es entwickelt sich auch am raschesten.«

Pag. 116. »Das lenticuläre, papulöse Syphilid tritt wol öfters mit einer gewissen Acutität auf, welche jedoch schon nach wenigen Tagen erlischt. Diese Acutität giebt sich durch die erwähnten Symptome des Eruptionsfieber zu erkennen. Die Kranken werden längere Zeit, bevor die Eruption stattfindet, von heftigem Kopfschmerze und rheumatischen Gelenkschmerzen u. s. w. gequält und verlieren das gute Aussehen. Mit dem Auftreten der papulösen Efflorescenzen verringern sich die schmerzhaften Empfindungen der Kranken oder werden wenigstens leidlicher. Wenn aber auch die Erscheinungen des Eruptionsfiebers so heftig waren, dass man den Ausbruch irgend einer andern heftigen, acuten Erkrankung zu erwarten berechtigt gewesen war, so erfolgt dennoch die Eruption der lenticulären, papulösen Efflorescenzen nur in geringer Anzahl und nur an einzelnen Stellen der Haut früher als an anderen, in einer mehr weniger bestimmten anatomischen Ordnung. Die ersten Andeutungen der sich bildenden Papeln in Gestalt schwach erhabener, linsengrosser, dunkler Flecken entstehen gewöhnlich im Genick, an der Schulterblattgegend, an der Stirne längs der Linie, wo die Stirnhaut in die behaarte Kopfhaut übergeht« u. s. w.

Pag. 120. In Bezug auf die begleitenden Erscheinungen des lenticulären, papulösen Syphilids äussert sich Zeissl wie folgt: «Die erythematösen Flecke, welche in Begleitung des papulösen Syphilids vorkommen, gehören entweder einer früheren Eruption an, welche dem papulösen Syphilide vorausging, und in Folge welcher an einzelnen Stellen aus den Flecken später die Papel vorherging, oder sie sind das Ergebniss derselben Eruption und liefern den Beweis, dass die Haut nicht an allen Stellen die gleiche Fähigkeit besitzt, Papeln hervorzubringen. Die erythematösen Efflorescenzen sind also an einzelnen Stellen gleichsam die Supplenten der Papeln» u. s. w.

Pag. 121. «Zeitpunct der Eruption des lenticulären und miliären papulösen Syphilids. Das grosse und kleine papulöse Syphilid entsteht, wenn das inficirte Individuum nicht schon beim Eintritte der Hunter'schen Induration merkuriell oder mit drastischen Purgantien behandelt wurde, nur wenige Tage später als das erythematöse Syphilid, aus dem es eben hervorzugehen pflegt. Es entsteht also meistens nach Ablauf der 11.—12. Woche nach stattgefundener Infection. Wurde aber das Individuum bereits in der ersten Zeit nach stattgefundener Infection antisyphilitisch behandelt, so kann, wie wir bereits früher hervorgehoben haben, die Manifestation der Syphilis auf unbestimmte Zeit hinausgeschoben werden. Ist die Pause der scheinbaren Tilgung der Diathese eine sehr grosse, und kömmt es sodann zu einer papulösen Eruption, so kommen die Papeln gewöhnlich nur in geringer Anzahl» u. s. w.

Pag. 122. «Das kleinpapulöse Syhilid tritt immer viel acuter auf als das lenticuläre, so dass es von einzelnen Autoren das acute, papulöse Syphilid

κατ' ἐξοχὴν genannt wird. Während das lenticuläre, papulöse Syphilid ausnahmsweise acut auftritt und demgemäss nur selten innerhalb 8—10 Tagen den ganzen Stamm befällt, ist dies beim miliären papulösen Syphilide in der Regel der Fall. Ja es befällt das miliäre papulöse Syphilid zuweilen in 24—48 Stunden unter Fiebererscheinungen ausgedehntere Hautparthien in sehr gedrängter Aneinanderreihung.»

Pag. 148. Die Acne syphilitica kann mit subacutem oder chronischem Character auftreten. Im ersten Falle geht dem Ausbruche ein ziemlich heftiges Eruptionsfieber mit abendlichen Exacerbationen, bedeutender Abgeschlagenheit etc. voran, und ist die Eruption bisweilen in 10—12 Tagen beendet.» . . . . . «Das Eruptionsfieber kann 3—4 Tage in Anspruch nehmen und erlischt mit dem Auftreten der Efflorescenzen. Es bilden sich hierbei an den bereits angegebenen Stellen hochrothe, hanfkorn- bis linsengrosse Knötchen, ähnlich denen der Variolaefflorescenzen, ehe diese die eitrige Umwandlung erleiden.

Pag. 149. »Wir unterscheiden eine Acne syphil. disseminata und eine Acne syphil. conferta; erstere entspricht immer der acuten Eruption, während letztere Form immer als Recidive zu betrachten ist«.

Pag. 150. »Die Acne syphilitica disseminata ist gewöhnlich von derartigen Efflorescenzen begleitet. welche der früheren Periode der Syphilis entsprechen, als Erythema syphiliticum maculosum, papulatum, oder das papulöse Syphilid, während die als Recidive auftretende Acne syphilitica conferta s. gyrata mit Efflorescenzen späterer Phasen, als Ecthyma, Knoten oder Tuberkeln gepaart zu sein pflegt. Knochenauftreibungen sind bei Acne syphilica nicht selten«.

«Differentialdiagnose des varicellenänlichen Syphilids. Am leichtesten und am häufigsten findet eine Verwechslung mit Varicella oder mit Variola modificata statt. Die unterscheidenden Merkmale sind folgende: Die Varicella oder Variola modificata tritt mit heftigen Fiebererscheinungen, Erbrechen, Kreuzschmerz, vorzeitiger Menstruation ein. Die Fiebererscheinungen dauern selbst nach stattgefundener Proruption fort, die Haut zeigt eine bedeutend erhöhte Temperatur mit angemessener Röthung, während bei der Varicella syphilitica das sogenannte Proruptionsfieber nie die Intensität des Blatternfiebers erreicht und nach eingetretenerProruption endet, die Haut zeigt nicht nur keine erhöhte Temperatur und keine Röthung, sondern eine chlorotische Blässe, ferner ist die Zahl der syphilitischen Blätterefflorescenzen sehr gering.» . . . u. s. w. Es folgt nun noch die anatomische Beschreibung des Sitzes und der Entwicklung der Blatternefflorescenzen.

Pag. 167. «Das Ecthyma syphilit. kommt sowohl mit Erythema maculatum und papulatum, mit desquamirenden Papeln als auch mit andern pustulösen Syphiliden, namentlich mit Acne und Impetigo syphilit. verge-

sellschaftet vor; ja das Ecthyma kann bei einer zweckmässigen Behandlung durch Verringerung der peripherischen Exsudation gleichsam auf einen Impetigo oder auf eine Acne reducirt werden. Der Ausbruch des Ecthyma geht gewöhnlich mit einem stärkeren Eruptionsfieber einher; Knochenschmerzen, namentlich Sternal- und Clavicularschmerzen und Schmerzen in der Nähe der Kniegelenke, sowie eine allgemeine Abgeschlagenheit sind beinahe die steten Begleiter. Onychie, Alopecie, Plaques muqueuses, Tonsillen- und Rachengeschwüre, Iritis suppurativa sind nicht seltene Erscheinungen; sehr oft beobachtete ich im Verein mit Ecthyma syphilit. bei Männern Albuginitis testiculi (Orchitis syphil.) Wenn das Ecthyma längere Zeit besteht, so treten gewöhnlich remittirende Fiebererscheinungen hinzu, welche die Kräfte des ohnehin herabgekommenen Kranken noch mehr aufreiben, weshalb diese Fiebererscheinungen von den älteren Autoren als Febris hectica syphilitica bezeichnet werden.»

Pag. 170. «Die Rupia syphilitica kommt immer mit Fieber zum Vorschein. Die primitive Pustel hält sich kaum 2—3 Tage; denn kaum ist sie gebildet, sinkt sie in ihrem Centrum ein. Sie wird daher nie globulös, sondern sie bleibt immer platt. Von da an zeigt sie immer mehr ihren chronischen Character.

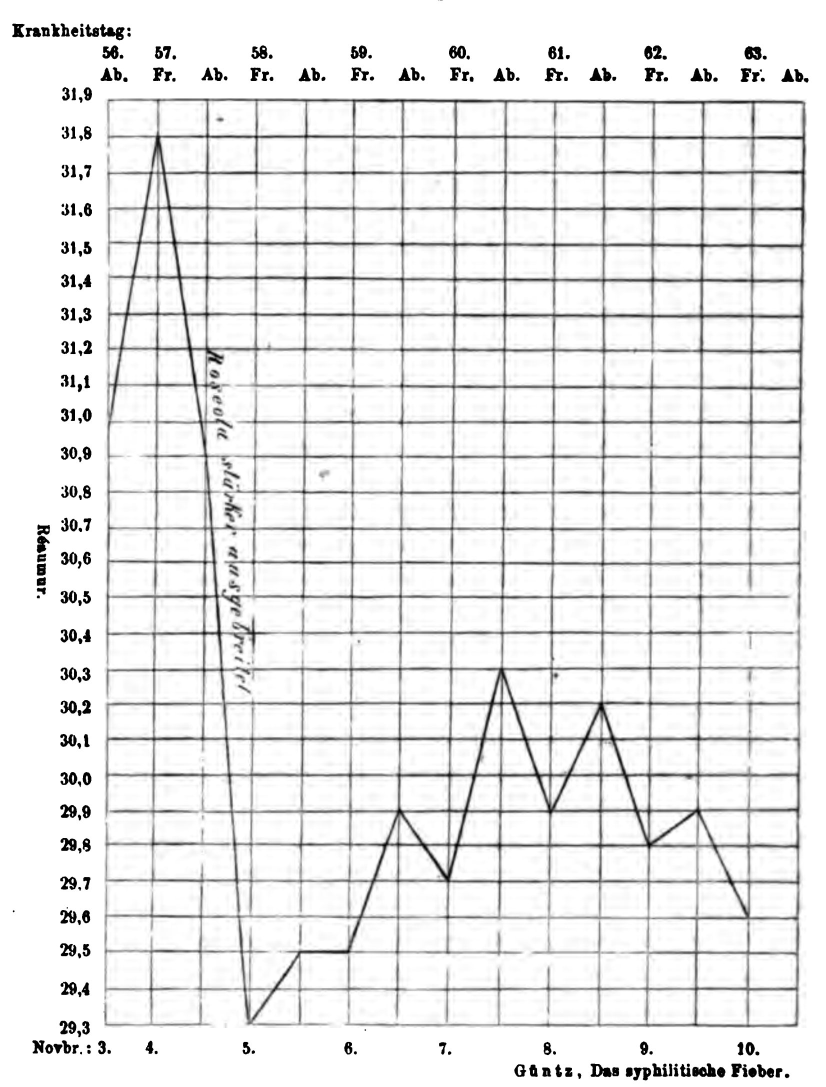
Die Zeit der Proruption der Rupia ist ungefähr dieselbe wie beim Ecthyma, und die begleitenden Erscheinungen sind ebenfalls dieselben, nur glauben wir hier unter den begleitenden Erscheinungen, namentlich die tiefen Rachengeschwüre, das noch öftere Vorkommen von Caries, ferner das tiefe nicht selten mit Albuminurie, Hämaturie und scorbutischen Erscheinungen gepaarte Herabgekommensein besonders erwähnen zu sollen.»

Das syphilitische Fieber. Von Dr. J. Edmund Güntz. Küchenmeister's Zeitschrift 1865. Neue Folge IV. Bd. pag. 192.

»Erklärung der Temperaturtabelle. Die Temperaturtabelle stellt den Verlauf des syphilitischen Fiebers dar und zwar mit einer Temperaturhöhe, wie solche noch nicht bis jetzt bei Syphilis bekannt ist. Der ansteckende Coitus fand am 7. September, die Aufnahme in's Hospital am 15. September statt. Das Fieber trat am 3. November Mittags ohne nachweisbare Gelegenheitsursache mit Kopfschmerz und grosser Prostration ein; Abendtemperatur am 3. November 31,04° R. Am 4. November früh Zunahme der Erscheinungen, Temperatur 31,84° R. — Am Abend Andeutung von Roseola; Temperatur 30,9° R. Kopfschmerz geringer, desgleichen die Prostration. Nachts starker Schweiss und am 5. November früh Wohlbefinden; Temperatur 5. November früh 29,4° R. Deutlich syphilitisches Exanthem, bestehend aus rothen Flecken, Roseolen, Quaddeln und Knötchen. Am 5. November Abends Temperatur 29,6° R. Exanthem blasser. Am 6. November früh anginöse Beschwerden und Zunahme der Angina an

den folgenden Tagen. In diesem Falle haben wir ein kurzdauerndes Prodromalfieber und eine deutliche, **rapide** Entfieberung, und der **acute**, **typische** Character des syphilitischen Fiebers ist nicht zu verkennen.

Zu erwähnen ist noch, dass das syphilitische Fieber nach meinen zahl-



Güntz, Das syphilitische Fieber.

reichen, ausführlichen Beobachtungen nur dann eintrat, wenn eine Quecksilberbehandlung **nicht** vorherging. Der Kranke war ohne Quecksilber behandelt worden und bekam nur am 2. November eine Dosis Jodquecksilber zu $^3/_4$ Gran, am 3. November früh eine gleiche Gabe. Mittags trat das

Fieber ein. Man kann in solchen Fällen, in denen das Quecksilber spät gegeben wird, beobachten, dass die späte Verabreichung des Quecksilbers den Ausbruch des Fiebers befördert«. —

Fortgesetzte eigene Beobachtungen veranlassten mich hierauf zu folgender Veröffentlichung in Küchenmeisters Zeitschrift 1865:

Unter syphilitischem Fieber hat man diejenige Fieberbewegung zu verstehen, welche das Eintreten der sogenannten constitutionellen Erscheinungen der Syphilis zu begleiten pflegt.

Es wird hier zunächst nur von der Syphilis Erwachsener gesprochen, da bei dem ungleich selteneren Vorkommen einer acquirirten Syphilis der Kinder, also einer syphilitischen Erkrankung, welche die Kinder nach der Geburt befällt, nicht ausführliche Beobachtungen vorliegen, — und weil bei der angeborenen Syphilis die Kinder sich schon in einem späteren Stadium der Erkrankung befinden, in welchem der Termin, bis zu welchem das Fieber beobachtet werden kann, wie später gezeigt werden soll, überschritten ist.

Der nicht virulente, d. h. weiche Schanker eines übrigen gesunden Menschen gehört nicht hierher, weil er nur eine örtliche Erkrankung, während der harte Schanker [1]) eines der Symptome und der Ausdruck der constitutionellen Syphilis ist.

Ein mit nicht virulentem, also weichem Schanker [2]) behafteter, übrigens gesunder Mensch lässt normale Temperatur beobachten.

Das syphilitische Fieber tritt in den Fällen deutlich auf, in welchen von Beginn der Erkrankung an eine Quecksilberbehandlung nicht vorherging.

Wurde bei dem harten, d. h. bei dem auf demselben Individuum nicht weiter zu verimpfenden Geschwür von Anfang an Quecksilber innerlich oder als Friction angewendet, so konnte bei 70 beobachteten Kranken eine Temperatursteigerung innerhalb 65 Tagen und darüber hinaus nicht bemerkt werden.

Je näher der Beginn der Quecksilbercur dem Ansteckungstermine lag, und je energischer die Quecksilbercur war, um so seltener wurde das Fieber beobachtet.

War die zeitig begonnene Quecksilbercur abgebrochen und die ver-

---

[1]) Am passendsten sollte man nicht mehr von hartem Schanker, sondern nur von »hartem Geschwür«, und auch nicht von weichem Schanker, sondern kurzweg von »Schanker«, welchen man nicht mit Syphilis verwechseln darf, sprechen. Wenn wir aber trotzdem ab und zu die Bezeichnungen »Weicher Schanker«, »Schanker«, »Weiches Geschwür«, wie sie in den verschiedenen Lehrbüchern zu finden sind, für gleichbedeutend noch gebrauchen, so wird man uns nicht für inconsequent halten, sondern uns mit dem Sprachgebrauch entschuldigen.

[2]) Oder kurzweg mit Schanker behafteter etc.

abreichte Quantität des Quecksilbers eine geringe[1]), so hatte man selten deutliches Fieber, und viele Symptome der constitutionellen Syphilis traten vereinzelt und verzettelt auf.

Den im Bett liegenden und mit Quecksilber energisch behandelten Kranken wurde täglich früh und abends das Thermometer angelegt. Zu keiner Zeit konnte eine abnorme Temperatur beobachtet werden.

Selbstverständlich wurden die Fälle, bei denen in Folge eines eiternden Bubo oder in Folge einer Hodenentzündung, bei welcher letzteren man vor deren Eintritt als frühestes Symptom bei noch vorhandenem Wohlbefinden des Kranken Temperatursteigerung von einigen Zehnteln, oder bei plötzlich eintretenden Allgemeinstörungen zugleich mit örtlichen Erscheinungen eine Abendhöhe bis 32,0° R., ja selbst bis 33,0° R. zuweilen beobachten konnte, ausgeschlossen.

War eine Quecksilberbehandlung nicht eingeleitet, sondern verfuhr man nur exspectativ und mit Diätentziehung, wenn die Diagnose noch zweifelhaft war, entweder bei unterlassener Impfung, oder bei gleichzeitig weichem Geschwür (also Schanker), so trat von der Ansteckung an gerechnet, innerhalb 65 Tagen das Fieber in deutlicher Weise, mehr oder minder heftig, oft in hohem Grade ein; am häufigsten zwischen dem 50. und 65. Tage, zwischen dem 60. und 65. Tage seltener als zwischen dem 50. und 60. Tage nach der Ansteckung.

In zwei Fällen, bei denen zugleich ein weiches, d. h. auf demselben Kranken weiter verimpfbares Geschwür mit einem lange Zeit hindurch eiternden Bubo, von dem ein weiches Geschwür abgeimpft werden konnte, und ein hartes Geschwür vorkam, war keine Fieberbewegung vorhanden.

Vielleicht hat in solchen Fällen das weiche Geschwür mit seinem Bubo denselben hindernden Einfluss auf die Entwickelung des Fiebers, wie das Quecksilber.[2]

1) Wir nehmen hier als Maassstab die üblichen Dosen der bekannten Aerzte, welche die Syphilis mit Quecksilber behandeln, an, indem wir uns auf deren geringste und grösste Dosen einer kleinen oder grossen Quecksilbercur beziehen, und sprechen in diesem Sinne von geringer Quantität des verabreichten Quecksilbers.

2) Indem ich in diesen beiden Fällen das fehlende Fieber zu erklären suche, verweise ich hierbei auf die statistischen Nachrichten aus Christiania über die Behandlungsweisen der Syphilis: 1) durch die massenhafte Einimpfung des weichen Schankers, 2) durch Quecksilber, 3) durch die übrigen Methoden. Es stellten sich bekanntlich überraschende Erfolge in den Fällen heraus, in welchen das weiche Schanker künstlich vervielfältigt wurde. Es gelangten die Symptome der Syphilis in viel kürzerer Zeit zum Schweigen, als durch die übrigen Behandlungsmethoden.

Nach meiner inzwischen gewonnenen Ansicht möchte ich allerdings dem Eiter des weichen Schankers jenen hindernden Einfluss auf die Entwicklung des Fiebers nicht mehr zugestehen.

Wo neben dem harten das weiche Geschwür ohne Bubo auftrat, konnte man jedoch die Entwickelung des Fiebers bemerken.

Was das Fehlen des Fiebers bei Syphilis in Folge der Quecksilberbehandlung anlangt, so wird dies nicht befremden, da ein reichliches, acut auftretendes Exanthem, ebenso wie manche andere Erscheinungen der Syphilis nicht bemerkt zu werden pflegen, wenn von Beginn der Erkrankung an energisch Quecksilber verabreicht wird. Man muss sich indess hüten, die Temperatursteigerung, welche in Folge intensiver Quecksilberbehandlung hervergerufen werden kann, auf Syphilis zu beziehen. — Ein nichtsyphilitischer Kranker hatte aus Unkunde »pediculorum causa« eine halbe Unze grauer Salbe auf den Kopf stark eingerieben. Die bedrohlichsten Erscheinung von Quecksilbervergiftung mit einer mehrmaligen Abendtemperatur von 31,0° R. und darüber waren die Folge.

Ein anderes Mal verursachte eine intensive Merkurbehandlung bei einem syphilitischen Kranken mit den Erscheinungen, wie sie im zweiten Jahre nach der Ansteckung vorzukommen pflegen, eine Temperaturhöhe von 30,9° R.

Das Eintreten des Fiebers bei Syphilis erfolgte, wenn eine Quecksilberbehandlung von Anfang an nicht vorherging, innerhalb der bekannten Grenzen ohne nachweisbare Gelegenheitsursache, oder durch einen Diätfehler, oder nach einer Erkältung. Nach einem lauen, etwas zu kühlen Wannenbade trat ein Schüttelfrost mit Temperatursteigerung ein, und der Hautausschlag kam zum Vorschein. — Oder das Fieber zeigte sich auch plötzlich, durch eine Quecksilberbehandlung zwischen dem 50. bis 65. Tage nach der Ansteckung eingeleitet, auf diese Weise zum Ausbruch gebracht, so dass die nunmehr begonnene Quecksilberbehandlung wegen des Fiebers nothwendig abgebrochen wurde.

Der Eintritt des Fiebers, besonders bei übrigens früher gesunden, robusten Individuen, und auch der weitere Verlauf einer geringen Fieberbewegung verursacht zuweilen keine subjectiven Erscheinungen, sondern das Fieber ist, während die weiteren Symptome der Syphilis zum Vorschein kommen, nur thermometrisch nachzuweisen.

Jedoch gewöhnlich klagt der Kranke mit dem Beginn des Fiebers in noch leichten Fällen über Eingenommensein des Kopfes, in den heftigen Fällen dagegen stets über Kopfschmerz im ganzen Kopfe, meist von heftigem Grade und zunehmend, so lange das Fieber steigt. Schlaf fehlt oder ist durch unruhige Träume gestört. Bezieht der Kranke diese Erscheinungen auf seine syphilitische Erkrankung, so quält ihn häufig eine hypochondrische Gemüthsstimmung.

Bei dem heftigeren Fieber aber beziehen Kranke und Arzt diese Zufälle zuweilen auf irgend eine andere Krankheit, zumal wenn die Krankheit

verschwiegen wird, um so mehr, als man bisher nicht gewohnt war, eine nur irgend heftige Fieberbewegung unter Umständen auf Syphilis zu beziehen.

Ferner sind bei dem Eintritt des Fiebers bemerkenswerth: Mattigkeit in verschiedenem Grade, Schwere in den Gliedern, welche in den heftigen Fällen so intensiv sind, dass bei dem dann plötzlichen Eintritt der Erscheinungen der Kranke nicht mehr gehen kann. Ein Kranker verglich mir den Zustand mit dem Beginn eines früher durchgemachten Typhus. Zuweilen ist leichtes Frösteln, abwechselnd mit Hitzgefühl, und stets starker Durst vorhanden. Zuweilen wird die Erkrankung mit einem heftigen Schüttelfrost, wobei die Temperatur steigt, eingeleitet. Dies ist häufig dann der Fall, wenn sich der Kranke, ausser Bett befindend, einer Erkältung und grosser Anstrengung ausgesetzt hatte. Ich habe einen Kranken beobachtet, der bei dem Eintritt des Fiebers durch den Frost förmlich niedergeworfen wurde. Zuweilen, und dies meist bei den vorher im Bett liegenden Kranken, ist nicht einmal Frösteln zu bemerken. Doch kommen die subjectiven und objectiven Erscheinungen eines Frostes auch nach vorhergehendem Bettliegen des Patienten vor.

Von den Darmstörungen ist Appetitverlust und häufig schlechter Geschmack im Munde zu erwähnen.

Der Status praesens macht den Eindruck einer fieberhaften Allgemeinerkrankung ohne bestimmte Localisation, ohne auffällig bemerkbare Abnormität von Seiten irgend eines Organs, bis sich in der Folge hier und dort die häufiger oder seltener vorkommenden Abnormitäten entwickeln. [1])

Der Puls, fieberhaft erregt, lässt keine besondere Eigenthümlichkeit erkennen, pflegt mit der Temperaturhöhe an Frequenz zuzunehmen, im Allgemeinen mit dem entsprechenden Temperaturgrade gleichen Schritt zu halten.

Die Darmstörungen erreichen oft den Grad eines leichten Darmkatarrhs.

Mit dem Eintritt eines heftigen Fiebers kommen die beschriebenen Erscheinungen immer ziemlich plötzlich.

Sie halten vom Anfang des Fiebers bis zu dessen Höhepunkt steigend nur $1^1/_2$—2, selten 3 Tage an, und nehmen mit dem Steigen des Fiebers zu.

Hat das Fieber seinen Höhepunkt erreicht, so bleibt es nicht lange Zeit, sondern nur Stunden auf dieser Höhe, und meist in einem Tage kommt in rapider Weise unter sofortiger Besserung sämmtlicher Erscheinungen und bei einem bis zwei Stunden anhaltenden, oft heftigen Schweisse die Entfieberung, wenn die begleitenden Erscheinungen diese nicht verdecken, oder

---

[1]) Eine syphilitische Affection an den Genitalien oder an einer anderen St[illegible] des Körpers wird man immer bemerken, und es pflegt dieselbe vor dem Ter[illegible] bis zu welchem das Fieber aufzutreten pflegt, nicht zu heilen oder zu schwind[illegible] Man kann beobachten, dass, wenn das Fieber deutlich aufgetreten ist, das nicht weichem Schanker complicirte harte Geschwür rasch heilt.

bald nach derselben wieder Steigerung des Fiebers veranlassen, vollständig zu Stande.

Wenn man im richtigen Moment den Thermometer anlegt und wenn die Complicationen nicht bedeutend sind, wird man die Entfieberung beobachten müssen.

Der Grad des Fiebers ist verschieden hoch, und unter Fieber tritt Exanthem auf. Zuweilen ist bei geringem Fieber das Exanthem bedeutend, zuweilen kommt bei bedeutendem Fieber das Exanthem nur sparsam zum Vorschein.

Mit dem weiteren Auftreten der Allgemeinsymptome, mit dem Auftreten des Exanthems bleibt die Temperatur abnorm oder wird abnorm, wenn sie nicht vor dem Erscheinen des Exanthems schon abnorm war, — beginnt zu steigen, in den nicht heftigen Fällen Abends bis 30,4° R. mit einer Morgenremission von 29,9° R. durchschnittlich.

Die Morgenremission zur Norm ist dann aufzufassen als eine Entfieberung, deren Rapidität bei dem nicht hohen Grade des Fiebers nicht so deutlich in die Augen fällt, aber immerhin zu erkennen ist. Kommen aber nachträglich Complicationen oder die gewöhnlichen Begleiterscheinungen, Anginen u. s. w. hinzu, so kommt auch häufig neue Steigerung am folgenden Abend, welche eine nicht so grosse, gleiche oder grössere Höhe erreichen kann als Tags zuvor, und welcher die übliche Morgenremission folgt. Erreicht die Morgenremission die Norm, so war die Abendtemperatur meist nicht höher als am verflossenen Abend. Das Gesetz, nach welchem die Abendtemperatur durchschnittlich um einen halben Grad die Morgentemperatur überschreitet, macht sich bei den folgenden Complicationen auch geltend.

Während die zweite Remission zur Norm nur die Bedeutung einer einfachen Remission hatte, war die erste als rapide Entfieberung zu deuten. So kommen bisweilen mehrmalige Abendsteigerungen, gefolgt von mehrmaligen normalen Morgentemperaturen, vor.

Bisweilen bemerkt man ohne auffällige Störung eine Abendtemperatur von einigen Zehntelgrad Erhöhung, im Laufe des Tages schon vereinzelte Roseolae, am Morgen etwas reichlichere Verbreitung des Exanthems und eine Morgentemperatur wieder einige Zehntelgrad höher als am Abend, im Laufe des Tages stärkere Verbreitung des Exanthems und Abends normale Temperatur.

Das Fieber kann zu jeder Tageszeit eintreten; ist dasselbe nur von kurzer Dauer, so kommt zuweilen dies beschriebene Verhalten in Betracht. Die rapide Entfieberung findet hier vom Morgen bis zum Abend statt. Dies hindert nicht, dass man am nächsten Tage neues Steigen und selbst intensiveres, als das war, welches dem Ausbruch des Exanthems vorherging,

beobachten kann. Oder[1]) »die Leute sind tagüber wohl, oder klagen über Abgeschlagenheit, Mattigkeit, sie werden blässer, und gegen Abend kommt ein Fieber, bei dem aber der Puls nie über 110 steigt. Das dauert bis Mitternacht, dann schlafen die Kranken ein, schwitzen und sind am Morgen erleichtert. Im Harne findet man viel harnsaure Salze und etwas Urerythrin. Die Esslust schwindet nicht immer, mitunter kommt auch Heisshunger vor. Im Ganzen hört man hin und wieder erste Geräusche wie bei anderen Fiebern. Dies dauert einige Tage, wonach auf der Haut ein Erythem hervortritt. Die Temperatur ist nicht gesteigert« u. s. w.

Das Fieber nimmt mit dem Sichausbreiten des Exanthems zu, in den heftigsten Fällen durchschnittlich bis 31,0° R. Des Morgens zeigt es dann Remission bis zu 30,9° R. durchschnittlich, es behauptet sich unter Schwankungen zwei, drei bis vier Tage auf dieser Höhe, um im Verlauf mehrerer Tage bis Wochen zur Norm zurückzukehren.[2])

Tritt dann nach dem Erreichen der höchsten Höhe eine Remission ein, so ist dieselbe als beginnende Entfieberung zu deuten, deren rapides und vollständiges Zustandekommen aber durch meist mehrere bedeutende Complicationen der verschiedensten Art entweder in näherem oder fernerem Zusammenhang mit der Syphilis verhindert, verzögert und verdeckt wird.

Eine solche verdeckte Entfieberung oder Andeutung einer Entfieberung ist man besonders dann berechtigt anzunehmen, wenn man gegen Abend, zu welcher Zeit man eine Steigerung des Fieberserwarten sollte, eine Ermässigung beobachtet.

Man würde diese Art der angedeuteten Entfieberung eine Entfieberung mit anomalem Verlauf füglich nennen können, wenn nicht häufig jene Complicationen gewissermaassen mit dem ganzen Verlauf der syphilitischen Erkrankung verknüpft wären.

Ausserdem kommt bei der Beurtheilung des Fieberverlaufs noch in Betracht, ob ein von Haus aus gesunder oder kranker Mensch von Syphilis befallen worden ist.

Wird die Syphilis durch irgend eine andere Krankheit complicirt, so kann auf Rechnung dieser Krankheit, wenn sie mit Temperatursteigerung verbunden ist, das unvollständige Zustandekommen der Entfieberung bezogen werden. So macht z. B. eine Tuberculose unter dem Einfluss der Syphilis häufig rapide Fortschritte, und die fortschreitende Tuberculose ist stets mit Temperaturerhöhung verbunden.

Hat aber die rapide Entfieberung bei Syphilis, wenn sie deutlich zu Stande kommt, unverkennbar einen typischen Charakter, so hat auch die

[1]) Vgl. Küchenmeister's Zeitschrift 1864. III. Bd. 7. Heft. p. 406. — Allgem. Wien. med. Ztg. 28. 30. 1864.

[2]) Vgl. Küchenmeister's Zeitschrift II. 1863, 123—127.

nicht rapid eintretende Entfieberung, wenn man gerade von der Tuberculose und anderen zufälligen, mit Temperatursteigerung verbundenen Complicationen absieht, etwas Typisches durch ihre innerhalb gewisser Grenzen sich haltende Unregelmässigkeit.

Im Allgemeinen hängt die Zeit der Entfieberung ab vom Grade der begleitenden Erscheinungen, des Darmcatarrhs, der gewöhnlichen Coryza, Angina, von den Nachschüben der Hauteruption, und wir werden die der Syphilis zukommenden Erscheinungen, welche alle diesen so zu sagen abnormen Verlauf veranlassen, immer leicht von anderen Complicationen unterscheiden.

So tritt bei Nachschüben von Hauteruptionen die Entfieberung später ein. Mit den neuen Eruptionen beobachtet man meist Temperatursteigerung von einigen Zehntelgraden.

In manchen Fällen, besonders bei übrigens früher gesunden, robusten Individuen findet man das Fieber heftig ausgeprägt, und dann gilt der Satz: je zeitiger, je schneller, je ausgebreiteter das Exanthem auftritt, um so höher steigt gewöhnlich das Fieber.

Zuweilen erleidet der Satz, wie schon oben angedeutet wurde, ohne dass wir die Gründe anzugeben vermögen, Ausnahmen.

Und gerade durch das Verhalten, dass zuweilen bei geringem Fieber bedeutendes Exanthem, und bei bedeutendem Exanthem geringes Fieber beobachtet werden kann, gleicht die Syphilis den exanthematischen Krankheiten. Ist das Fieber hoch, so finden wir dasselbe auch gewöhnlich in seiner reinen, typischen Form ausgeprägt.

In der Zeit der Zunahme des Fiebers steigt das Fieber consequent, unbekümmert um die Tageszeit, wie es bei den exanthematischen Krankheiten der Fall ist, bis es seine höchste Höhe erreicht hat. Es zeigt in der Zeit der Zunahme keine wesentlichen Remissionen.

Von der Höhe, unbekümmert um die Tageszeit wie beim raschen Aufsteigen, fällt dann die Temperatur in rascher Weise, meist innerhalb 24 Stunden zur Norm herab.

Zuweilen lassen aber gerade Individuen, die robust und sonst gesund waren, ebenso wie solche von hohem Fieber befallen werden können, geringgradige Fieberbewegung bemerken, die sie selbst nicht empfinden.

Was die Höhe des Fiebers bei Syphilis anlangt, so verweise ich auf einen von mir beobachteten Fall.

Die Temperatur hatte in diesem Fall eine Höhe erreicht, wie sie bei Syphilis noch nicht bis jetzt bekannt ist. Ich will die Beschreibung kurz hier geben:

Der ansteckende Coitus fand am 7. September statt. Aufnahme in's Hospital am 15. September. Bis Anfang November wurde Patient ohne Quecksilber behandelt, weil bis dahin weder am Geschwür, noch irgendwo Zeichen von constitutioneller Syphilis deutlich zu bemerken waren. — Indess

am 2. November Abends erhielt Patient eine Pille, enthaltend $^{3}/_{4}$ Gran Hydrarg. jodat. flav., und am 3. November früh eine gleiche Dosis. Bis zum 3. November Mittags vollkommenes Wohlbefinden. Am 3. November früh kein Fieber; vorher war die Temperatur nicht gemessen worden. Am 3. November Mittags erkrankte Patient ziemlich plötzlich mit intensivem Kopfschmerz, grosser Abgeschlagenheit, Schwere in den Gliedern, Hitzegefühl, Durst, Appetitverlust. Abendtemperatur 31,04 ° R.[1] Am 4. November früh: Zunahme der Erscheinungen. Gesicht geröthet, Gesichtsausdruck benommen. Mattigkeit so gross, dass Patient nur geführt das Bett verlassen konnte. Temperatur 31,84 ° R. Milz nicht vergrössert.

Die subjectiven Erscheinungen und der objective Befund bei der Heftigkeit der Erscheinungen veranlassten zur Wahrscheinlichkeitsdiagnose eines beginnenden Abdominaltyphus, zumal im Hospital zur Zeit 9 Typhusfälle behandelt wurden, und kurz vorher zwei an Syphilis in Behandlung sich befindende Kranke auf der syphilitischen Station an Typhus abdominalis erkrankten, auf die Fieberstation verlegt werden mussten und dort starben. Der Sectionsbefund bestätigte bei diesen Typhusfällen die ohnehin sichere Diagnose vollständig.

Bei unserem Falle von Syphilis waren im Laufe des Tages vereinzelte Roseolae zu bemerken. Abendtemperatur 30,9 ° R. Seit Nachmittag hat das subjective Befinden sich etwas gebessert. Mattigkeit aber noch auffällig.

Am 5. November früh Temperatur 29,4 ° R. Nachts starker Schweiss, früh Wohlbefinden. An Rücken, Brust, Bauch disseminirte, zerstreute, linsengrosse Hyperämien und Roseolen. Temperatursteigerung über die Norm trat im Laufe des Tages nicht wieder ein. Doch entwickelte sich am folgenden Tage eine Angina mit Geschwüren, und bedingte Steigerung. (Siehe Tabelle pag. 64.)[2]

Im Laufe des 5. November entwickelte sich der Hautauschlag als deutlich syphilitischer, und bestand nun aus rothen Flecken, Roseolen, Quaddeln und Knötchen. Das Exanthem war ein sparsames zu nennen und am Abend des 5. November schon abgeblasst. Die Hautabschülferung war später ebenfalls deutlich zu bemerken.

Wir haben hier einen Fall, bei dem die Hauteruption erst deutlich hervorkommt mit dem Beginn der Entfieberung, ein Verhalten, wie es bei der milden Form der Variola vorkommt. Bei letzterer erfolgt nach einem kurz dauernden, intensiven, continuirlichen Fieber, so wie nach einer letzten Exacerbation zugleich mit der Entwickelung der Knötchen eine schnelle und vollständige Entfieberung. Doch wir konnten in unserem Falle vereinzelte

[1] Diese Temperaturangabe ist aus Celsius übertragen.

[2] Küchenmeister's Zeitschrift. 1865. N. F. IV. Bd. III. Heft.

Erscheinungen auf der Haut auch schon während der Zunahme des Fiebers bemerken, und es kommen Fälle genug vor, bei denen der Hautauschlag schon vor der beginnenden Entfieberung deutlich zum Vorschein kommt, so dass es den Anschein hat, als ob das Fieber sinke mit der grössten Ausbreitung des Hautausschlags, und man hätte dann ein Verhalten, wie es bei den Masern der Fall ist. Es kommt aber, nachdem das Fieber bei der Syphilis gesunken, nachträglich in der Regel noch deutlichere Entwickelung des Hautausschlags.

Der Ausbruch der Masern findet unter einem wenige Tage dauernden Fieber von continuirlichem Verlauf statt. Erst vor dem Beginn der Entfieberung erreicht das Fieber sein hohes Maximum, welches bei Abwesenheit von Complicationen am 5. Tage erreicht wird. Schnell folgt darauf vollständig oder fast vollständig die Entfieberung; in einer Nacht fällt die Temperatur um 1 ° R. oder mehr. Im Verlauf des folgenden Tages bis zum nächsten Morgen dauert dann das Sinken bis zur Norm fort. In schweren Fällen sinkt mit geringen Unterbrechungen die Temperatur langsamer, während noch 24 oder 48 Stunden.

Ich habe früher auf die Aehnlichkeit des syphilitischeu, unter Fieber auftretenden Hautausschlages mit dem Masernhautausschlag aufmerksam gemacht. Kommt nun noch die Aehnlichkeit des Fieberverlaufs hinzu, so wird die Diagnose schwerer, und man kann keineswegs kurzweg sagen, dass »die Höhe des Fiebers vor einem diagnotischen Missgriff« schützen müsse. Der eben von mir beschriebene Fall lehrt, dass das syphilitische Fieber mitunter eine Höhe erreicht, wie wir sie bei Masern mit nicht schwerem Verlauf beobachten kännen.

So gross nun auch die Aehulichkeit des syphilitischen Fiebers mit dem Masernfieber zu sein scheint, und so viele Fälle vorkommen mögen, bei denen das Verhältniss der Entfieberung zum Auftreten der Erscheinungen auf der Haut sich in der Art zu gestalten scheint, wie es bei der milden Form der Variola der Fall ist, — so gleicht aber meiner Ansicht nach der Verlauf des syphilitischen Fiebers an und für sich, noch in Bezug auf sein Verhalten zum Hautausschlag weder ganz dem Masernfieber, noch ganz dem Variolafieber mit mildem Verlauf.

Von vorn herein fällt es sofort als unnatürlich auf, wie der Fieberverlauf bei Syphilis, einer Erkrankung, welche an und für sich bis jetzt eine isolirte Stellung behauptete, das eine Mal den Masern, das andere Mal der Pocke mit mildem Verlauf gleichen solle.

Vielmehr wird man mit Zuhülfenahme des Exanthems in Beziehung zum Fieberverlauf der Syphilis in der Nähe der exanthematischen Krankheiten den Platz nicht streitig machen, und wird nur sagen können, dass in einem Fall eine gewisse Aehnlichkeit mit Masern, im andern eine solche mit Varioloid

in Bezug zum Fieberverlauf und in Bezug auf die Zeit des Fieberverlaufs, in in welcher der Hautausschlag aufzutreten pflegt, vorhanden zu sein scheint.

Noch viel weniger wird man behaupten dürfen, dass der Fieberverlauf bei Syphilis demjenigen irgend einer andern Krankheit, z. B. den Masern, ganz genau gleiche.

Wir kennen bis jetzt drei exanthematische Krankheiten mit rapid eintretender Entfieberung: die Masern, die Blattern und das Varioloid. — Bei der Syphilis haben wir ebenfalls eine rapide Entfieberung.

Bei der Syphilis dauert die Zeit vom Beginn des Fiebers bis zum Beginn der eingeleiteten Entfieberung am kürzesten.

Ferner bei der Syphilis ist die Zeit vom Beginn des Fiebers bis zu den ersten Erscheinungen auf der Haut ebenfalls kürzer als bei Masern, Blattern und Varioloid.

Ferner erreicht das Fieber, soweit bis jetzt Beobachtungen vorliegen, bei der Syphilis nicht die Höhe wie bei den Masern, Blattern, Varioloid. Mittelschwere Fälle von Masern, Blattern, Varioloid haben aber dieselbe Höhe, wie wir sie bei der Syphilis beobachteten.

Bei der Syphilis kommen schon mit dem Steigen des Fiebers vereinzelte Erscheinungen auf der Haut zum Vorschein, die noch reichlicher und deutlicher sich ausbreiten während und nach der Entfieberung.

Zuweilen unter Nachschüben tritt geringere Temperatursteigerung ein.

Desgleichen wiederholt sich nach der Entfieberung, wo solche zu Stande kommt, mit dem Eintritt der Complicationen, deren Grade entsprechend, Temperatursteigerung häufig mehrere Tage hintereinander.

Zuweilen verursachen die Complicationen, nachdem das Eruptionsfieber geschwunden, gar keine neue Steigerung.

Bei der ächten Blatter endlich tritt bekanntlich mit der Eruption die Normaltemperatur oder doch eine Ermässigung des Fiebers ein. Nachträglich kommt häufig nochmals Steigerung (Suppurationsfieber etc.). Bei dem zweiten Fieber ist, wenn keine vollständige Entfieberung eintritt, die Prognose nicht so günstig.

Schon erwähnt wurde, dass die Entfieberung bei der Syphilis zuweilen ebenfalls nicht so klar zu Stande kommt, weil die gewöhnlichen Complicationen die Häufung derselben, das zeitige Eintreten derselben oft hohe Temperatursteigerung bedingen können. Indessen gibt es Fälle genug, in denen die rapide Entfieberung mit meist nachfolgender Steigerung, welche bis zur dritten Woche in mässigem Grade unter Schwankungen fortdauern kann, beobachtet wird.

Das syphilitische Eruptionsfieber zeigt also am meisten Aehnlichkeit mit dem Varioloid. Bei dem Varioloid kann man auch schon während der Zeit der Zunahme des Fiebers vereinzelte Erscheinungen auf der Haut bemerken.

Das syphilitische Fieber unterscheidet sich aber v o n a l l e n e x a n t h e-

matischen Fiebern und auch vom Varioloid dadurch, dass das Incubationsstadium, d. h. die Zeit von der Ansteckung bis zum Ausbruch des Fiebers länger, und dass das Prodromalstadium, d. h. die Zeit vom Beginn des Fiebers bis zu den ersten Erscheinungen auf der Haut kürzer als bei allen exanthematischen Fiebern ist.

Ferner dauert bei allen exanthematischen Krankheiten das Eruptionsstadium kürzer als bei der Syphilis.

Während bei allen exanthematischen Krankheiten der in einem gewissen bestimmten Zeitverhältniss zum Fieber stehende Hautausschlag nach Verlauf einer gewissen Zeit zu einem baldigen, definitiven Abschluss gelangt, findet dieser Abschluss bei der Syphilis nicht in dem Maasse statt. Die Ursprungsform des syphilitischen Hautausschlags, die Roseola hat ihr bestimmtes Verhalten zum Fieber, — aber nachdem die erste Form mehr oder minder reichlich gesetzt worden ist, entwickeln sich die weiteren Formen auf der Haut während eines viel grösseren Zeitraumes als bei den exanthematischen Krankheiten. Das Fieber ist dann längst geschwunden. Treten in den späteren Stadien der Syphilis Hautaffectionen ein, so kann man die etwaigen damit verbundenen Fieberbewegungen nicht als Eruptionsfieber auffassen, sondern man muss allemal annehmen, die Hautveränderungen der späteren Perioden sind einer Roseola, welche in der Periode, wo sie erscheinen müsste, übersehen wurde, und mit welcher ein mehr oder minder heftiges Eruptionsfieber verbunden war, gefolgt.

Einzelne Roseolen entwickeln sich rasch inneralb 4 — 8 — 12 Tagen zu Papeln, andere schwinden bereits wieder. Die Entfieberung hat schon stattgefunden, und wir haben während dieser Zeit mit den anderen Complicationen abermals Temperatursteigerung oder fieberfreien Zustand. Die Papeln sind neben der Roseola die häufigste und früheste Form der Syphilis, und der Ausbruch der Papeln liegt dem Eruptionsstadium immer noch am nächsten, während die höheren, späteren Formen der Hautsyphilis, z. B. die Varicelle, mit dem Eruptionsfieber, wenigstens in keinen Zusammenhang gebracht werden können. Die confluirende Form der Varicelle, welche mehrmals recidiviren kann, ist eine Hauterscheinung der späteren Stadien der Syphilis, kommt mit und ohne Fieber vor; wir werden dieses Fieber nicht ein Eruptionsfieber nennen dürfen im Sinne des Eruptionsfiebers, welches die Roseola zu begleiten pflegt. Vielmehr haben wir ein ähnliches Verhalten wie bei dem nicht syphilitischen Pemphigus. Wir haben zuweilen, wie hier, während der Entwickelung der Pusteln und Blasen kein Fieber, zuweilen sehr bedeutendes. Der Process pflegt sich auf eine sehr lange Zeit hinauszuschieben, und die confluirende, recidivirende Form der Varicella syphilitica ist immer eine der bedenklichsten Formen, wo die verschiedensten krankhaften Veränderungen mit und ohne Fieber verbunden sind. Haben wir Fieber, so

ist es meist auf irgend eine solche Veränderung zu beziehen und nicht als Eruptionsfieber zu deuten.

Da, wo aber mit der unter Fieber auftretenden Roseola und Papel und anderen Hautveränderungen der frühesten Periode der sich manifestirenden Syphilis die disseminirt auftretende Varicelle auftritt, kommt dieselbe erst, wenn die rapide Entfieberung schon eingetreten. Ist dann zur Zeit der weiteren Entwickelung der Varicellen abermals Fieber vorhanden, so hat dies auch hier nicht die Bedeutung und den Charakter eines Eruptionsfiebers, sondern es gleicht den leichten Fieberbewegungen des nicht syphilitischen Pemphigus und der recidivirenden Form der syphilitischen Varicelle. Ist das Fieber dabei hoch, so sind in der Regel bedeutende Complicationen vorhanden, auf welche das Fieber zu beziehen ist. — Die Pusteln vertrocknen nicht, entwickeln sich während vieler Wochen erst über dem Körper, und unterscheiden sich dadurch, falls Fieber dabei ist, von den Blattern. Von der nicht syphilitischen Varicelle unterscheidet sich die syphilitische Varicelle ebenfalls durch die langsamere Entwickelung der einzelnen Hautformen, es dauert bei der syphilitischen Form viele Wochen, ehe der Process der Entwickelung neuer Bläschen und Pusteln beendet ist, und dann vertrocknen dieselben bei der nicht syphilitischen Form viel rascher. Wenn Fieber dabei ist, gibt der Fieberverlauf zuweilen kein Unterscheidungsmerkmal. Ist allerdings kein Fieber vorhanden, so können wir die Affection mit grösserer Leichtigkeit auf Syphilis beziehen; denn bei der nicht syphilitischen Varicelle ist stets mehr oder minder heftiges Fieber zu bemerken.

Ist Fieber vorhanden und gibt der Fieberverlauf kein Unterscheidungsmerkmal, der im Falle einer syphilitischen Affection auf Complicationen zu beziehen, im Fall einer n i c h t syphilitischen Varicella als das Eruptionsfieber der nicht syphilitischen Varicelle zu deuten ist, so wird man doch immer zur Genüge andere, weitere Merkmale der Syphilis auffinden. Ist dies jedoch nicht möglich, so wird der weitere Verlauf alsbald die Diagnose aufklären.

Mit dem Eintritt des Fiebers bei Syphilis schwellen gewöhnlich deutlich und rasch die Drüsen an, und es entwickeln sich um die Zeit des Eruptionsfiebers neben dem Ergriffenwerden der allgemeinen Decken Anginen, Darmkatarrh und überhaupt katarrhalische Affectionen der Schleimhäute, welche eine mehr oder weniger lange Zeit andauernde fieberhafte Erregung zurücklassen können. Und es stehen jene ziemlich plötzlich und deutlich auftretenden Drüsenanschwellungen bei exanthematischen Krankheiten bekanntlich keineswegs isolirt da; denn bei Variola vera, bei Varioloid, bei Scarlatina kann man deutlich solche Drüsenanschwellungen, welche allerdings rascher als bei Syphilis schwinden, mit dem Eintritt des Fiebers bemerken.

Die Achseldrüsen, die Nackendrüsen und Halsdrüsen, sowie die Drüsen an anderen Stellen schwellen bei Pocken und Scharlach beträchtlich an.

Die Syphilis bietet mehrere Vergleichspunkte mit den exanthematischen Krankheiten:

1) Die Erkrankung findet in Folge einer Ansteckung statt.

2) Vom Moment der Ansteckung bis zu dem Erscheinen der ersten constitutionellen Symptome findet bei allen eine Periode der Latenz statt.

3) Die constitutionellen Erscheinungen werden durch Fieber eingeleitet.

4) Das Fieber und die damit verbundenen übrigen Allgemeinsymptome treten plötzlich auf.

5) Nachdem das Fieber eine gewisse Zeit gedauert, tritt ein Hautausschlag ein, und der Verlauf des Fiebers lässt sich mit den Erscheinungen auf der Haut in einen regelmässigen Zusammenhang bringen. Dieses Stadium vom Beginn des Fiebers bis zu den Erscheinungen auf der Haut, Prodromal stadium (bei der Syphilis am kürzesten), hat bei jeder Krankheit seine bestimmte Durchschnittsdauer, welche in regelmässig verlaufenden Fällen nicht überschritten wird.

6) Das Fieber ist ein continuirliches.

7) Die einzelnen Perioden des Fiebers verfolgen ihren genauen, gewissermaassen ihnen vorgeschriebenen Verlauf, Stadium des Fiebersteigens, Stadium des Fieberfallens.

8) Vom Beginn der ersten Erscheinungen auf der Haut bis zu deren vollständigem Abschluss, Eruptionsstadium, kennt man für jede Krankheitsform eine Durchschnittsdauer.

Dieses Stadium des Exanthemerscheinens grenzt sich, wie schon erwähnt, bei der Sypilis nicht so scharf ab; denn nachdem die Roseola gesetzt worden, schliesst sich an diese erst schneller, dann langsamer nach einer gewissen Gesetzmässigkeit und Reihenfolge eine Reihe von weiteren Hautveränderungen an. Da die Syphilis überhaupt ein chronischer Process ist, ein krankhafter Process, der sich langsamer entwickelt, als die eigentlichen exanthematischen Krankheiten, ein Process, der gewissermaassen in der Stille successive immer grössere und deutlichere Krankheitsherde setzt, deren Vorhandensein zur Zeit des Fiebereintretens grössere Fortschritte macht, so wird man auch nach dem Erscheinen des Fiebers, ebensowenig als man in kurzer Zeit eine Genesung verlangen darf, da die Heilung eines chronischen Processes Zeit erfordert, in kurzer Zeit einen definitiven Abschluss der Hautveränderungen erwarten.

Das Erscheinen der Roseola aber ist dem Erscheinen der Exantheme der exanthematischen Krankheiten zu vergleichen, und geschieht in einer bestimmten Periode der Syphilis, zur Zeit des syphilitischen Eruptionsfiebers; in späteren Perioden der Syphilis kennt man keine Roseola [1]). Man kennt aber auch für das Erscheinen der Roseola eine bestimmte Durchschnittsdauer.

[1]) Allerdings nur selten kommen auch in späteren Stadien roseolaartige Ausschläge vor.

9) Die Verbreitung des Exanthems erfolgt bei den exanthematischen Krankheiten, wie bei der Syphilis, mit seiner gewissen Regelmässigkeit.

10) Das Exanthem hat bei den exanthematischen Krankheiten, wie bei der Syphilis, seine bestimmten anatomischen Formen.

Das syphilitische Exanthem der frühesten Periode der Syphilis ist die Roseola syphilitica, welche Verwechselung mit Masern und Rötheln geben kann. Das syphilitische Exanthem verbreitet sich ebenso wie diese über den ganzen Körper, und ehe Infiltrationen eingetreten sind, und ehe wir in der Folge polymorphe Formen haben, ist die Unterscheidung der anatomischen Form zuweilen nicht ganz leicht.

Leichter ist das syphilitische Exanthem zu unterscheiden von der sogenannten Roseola balsamica nach dem Genuss von Copaiva, Cubeben, Terpentin, Erdbeeren, Krebsen, Apfelwein und so fort. Hier hat man neben der Roseola Quaddeln, welche letzteren in Gruppen und Herden auftreten und viele Stellen des Körpers ganz frei lassen. Wenn die Quaddel zur Diagnose der Syphilis berechtigen soll, so muss man, abgesehen vom nicht so häufigen Vorkommen der Quaddel bei Syphilis, andere Formen daneben haben, und die Quaddel muss gleichmässig über den Körper verbreitet sein.

Verwechselt man die Roseola syphilitica mit Masern, so wird bei Syphilis die Conjunctivitis in dieser Periode fehlen. Nasenkatarrhe können aber vorkommen.

Ich habe in Küchenmeister's Zeitschrift II. Bd., 3tes Heft 1863, pag. 120 auf die mögliche Verwechselung der Masern und Syphilis bei einmaliger Beobachtung hingewiesen. Dort heist es: »In den Fällen, in welchen das syphilitische Exanthem den Morbillen ähnlich ist, und dies beobachtet man bekanntlich in den Fällen, in denen die Eruption noch nicht lange bestehend nur die reichliche Hyperämie bietet, welche die weiteren Veränderungen noch nicht eingegangen, dürfte zuweilen die Unterscheidung von Masern sehr schwer sein. Hier haben wir, zumal wenn die übrigen Erscheinungen der Syphilis noch nicht deutlich ausgesprochen sind, nur an der Form des Exanthems den Anhalt zur Diagnose. Und wenn wir, da, wie neuerdings behauptet wird, auch die Erscheinungen der constitutionellen Syphilis aus einer hyperämischen Stelle oder aus einer subcutanen Induration, oder aus einem Geschwür entwickeln können, die beiden ersten Punkte als erwiesen annehmen wollten, so ginge uns die locale syphilitische Erkrankung als diagnostisches Unterscheidungsmittel in vielen Fällen ganz verloren. Wir werden aber bei einem masernartigen Exanthem mit Fieber verbunden, auch ohne nachweisbare Erkrankung an den Genitalien, mit an Syphilis denken. Die Heftigkeit des Fiebers und die Prostration sind bei dem Eintreten der syphilitischen Erscheinungen zuweilen so bedeutend, dass eine ein- bis zweimalige Beobachtung des Fiebers den Verlauf des Masernfiebers vom syphilitischen Fieber nicht unter-

scheidet, so dass wir immer wieder auf die Form des Exanthems und dessen weitere Veränderungen streng angewiesen sind; denn die Eigenthümlichkeiten des Masernfiebers können durch einen unregelmässigen oder zu leichten Verlauf verwischt, das Eintreten der plötzlichen Entfieberung auf der Höhe des Exanthems bei Masern kann durch Hinzutreten von Complicationen verhindert und verdeckt worden sein. Verschwindet dann das Exanthem rasch, wie es bei Masern und manchmal auch bei Syphilis vorzukommen pflegt, und haben sich die der Syphilis eigenthümlichen weiteren Hautveränderungen oder die anderen krankhaften Zustände noch nicht ausgebildet, so kann man um so mehr jede Unregelmässigkeit des Masernfiebers mit Syphilisfieber verwechseln, und umgekehrt den Verlauf des syphilitischen Fiebers auf Masern beziehen, und kann, wenn Masernepidemien herrschen, auf Zeit in Zweifel bleiben, und muss man daher alsdann auch in Rücksicht auf Therapie zweifelhaft werden.

Diese Fälle sind allerdings die selteneren, und der aufmerksame Arzt wird im weiteren Verlaufe, wenn er wegen der Natur des Exanthems in Zweifel war, auch wenn fernere, der Syphilis angehörige Symptome sparsam sein sollten und nicht sogleich eintreten würden, doch durch fortgesetzte genaue Beobachtung die der Syphilis gehörigen Symptome derselben zuschreiben. Ausserdem findet man in den durch Fieber und Exanthem zweifelhaften Fällen gewöhnlich noch deutliche Spuren der syphilitischen Erkrankung an den Genitalien. Diese allein berechtigen allerdings nicht unbedingt zur Diagnose; denn ein mit sogenannter primärer Syphilis Behafteter kann immerhin von Masern befallen worden sein. Desgleichen kann ein mit constitutioneller Syphilis Behafteter gleichzeitig an Masern erkranken.

Dann wird allerdings der Verlauf der Masern meist schwerer und unregelmässig, und man wird bei einem bisher Gesunden auf die Ursache leichter hingewiesen.». —

Kommt nun noch die rapide Entfieberung bei dem syphilitischen Fieber mit in Rechnung, so geht für die Diagnose auch dieser Anhalt verloren, und bei gleichzeitigem Vorkommen der die Diagnose erschwerenden Momente kann es mitunter in der That schwer werden, s o f o r t die Diagnose zu stellen.

Doch nicht blos die Roseola, sondern auch die weiteren anatomischen Hautveränderungen, welche der Roseola sich anschliessen, verfolgen in ihrem Auftreten eine gewisse Regelmässigkeit und beobachten bestimmte anatomische Formen.

Dann steht allerdings die Diagnose schon fest.

Die Papel, Psoriasis, Acne und die disseminirte Form der Varicelle sind diejenigen anatomischen Formen, welche der frühesten Periode der constitutionellen Syphilis angehören und mit Fieber verbunden sein können. Sie kommen aber alle, wenn sie vorhanden sind, wie die seltenere Form der

Varicelle, später als die Roseola, können aber zum Theil gleichzeitig mit der Roseola noch bestehen.

Das vorhandene Fieber hat auch hier nicht die Bedeutung des Eruptionsfiebers der Roseola.

Die Papel wird an verschiedenen Körperstellen beobachtet, besteht aus Knötchen von Senfkorn- bis Linsengrösse, geht aus der erythematösen Form des syphilitischen Exanthems hervor und braucht bei der acuten Manifestation der Syphilis 4 — 12 Tage zur Entwickelung.

Oder die Entwickelung der Papel geht schleppender vor sich und mischt sich dann zerstreut mit Hautformen der späteren Perioden der Syphilis; Fieber fehlt dann. Der Sitz der Papel ist sehr häufig die Grenze des behaarten Theiles am Kopfe, an den Nasenflügeln, in den Kinnfurchen, an den inneren Seiten der[1] Ellenbogen und in den Kniekehlen, kurz an den meisten Körperstellen, wo sich Hautfalten bilden.

Die Psoriasis befällt die ganze Körperoberfläche und besteht aus disseminirten Hyperämien mit Infiltration und Abschilferung.

Die Acne besteht aus erbsen- bis linsengrossen Knötchen, auf deren höchsten Stellen sich schnell eine bis hanfkorngrosse Pustel entwickelt. Die Pustel bleibt klein, und nie wandelt sich die ganze Papel zur Pustel um. Die Acne entwickelt sich oft reichlich und schnell, kommt zuerst im Nacken und an den Schulterblättern, und von da nach abwärts, successive mehr am Rumpfe bis an den Extremitäten vor. Ist in Folge der Complicationen Fieber dabei, so hat man in dieser Art der Verbreitung des Hautausschlags einen Unterschied von den Blattern, welche in dieser Periode der Entwickelung dem syphilitischen Hautausschlag sehr ähneln. Ist bei der syphilitischen Form Fieber, so giebt auch dies einen diagnostischen Unterschied von Blattern, da bei der ächten Blatter mit der Eruption die Normaltemperatur eintritt. Zuweilen allerdings kommt bei der ächten Blatter mit der Eruption nur eine Ermässigung des Fiebers, und gerade diese Ermässigung des Fiebers erreicht dann einen Grad, wie er bei der Syphilis vorkommt, und eben hierin könnte man die Blattern mit Syphilis verwechseln; doch wenn bei Blattern nur eine Ermässigung des Fiebers sich einstellt, ist der Fall schwer, und es haben sich schon allenthalben Blattern entwickelt, so dass eine Verwechselung nicht leicht möglich ist. Das Fieber hat auch hier nicht den Charakter eines syphilitischen Eruptionsfiebers. Man hat ausser der Acne noch in der Regel andere Hautformen der frühesten Periode der Syphilis zu bemerken. Die Acne syphilitica heilt ausserdem ohne Narben.

Die acute Form der syphilitischen Acne geht meist in die chronische über, und ist dann stets als Recidiv aufzufassen. Die Acne entwickelt sich

[1]. Spätere Beobachtungen zeigten mir, dass dann nur ausnahmsweise Fieber vorkommt.

10—12 Wochen nach der Abschuppung, also später als die Roseola, obgleich letztere mit ihr noch bestehen kann. Das Fieber bei der Acne unterscheidet sich von dem Fieber der Roseola: 1) es ging dem Fieber der Acne gewöhnlich ein Fieber vorher, welches die Roseola begleitete, 2) das Fieber der Acne entwickelt sich und schwindet wieder successiv.

Die Varicella syphilitica als Erscheinung der frühen Periode der Syphilis ist eine disseminirte, und alle confluirenden Formen der Varicelle gehören den späteren Perioden der Syphilis an, mithin auch die Varicelle oder der Pemphigus neonatorum und jede confluirende Form bei Erwachsenen. Die Kinder haben, wenn sie von einer constitutionell syphilitischen Mutter geboren, die ersten Perioden der Syphilis schon im Mutterleibe durchgemacht, und lassen bei oder längere Zeit nach der Geburt die confluirende Form mit oder ohne Fieber beobachten. Das Fieber hat auch hier nicht die Bedeutung eines Eruptionsfiebers der Roseola, sondern wo es vorhanden, ist es auf die Complicationen zu beziehen. Die confluirende Form kommt, wenn die Kinder es erleben, langsam in 6—10 Wochen, den ganzen Körper befallend, zur Entwickelung. Ebenso bei Erwachsenen dauert es lange Zeit, ehe die Eruptionen beendet sind, und hier characterisiren sie sich als Nachschübe, als Recidive mit oder ohne Fieber.

Wo aber die disseminirte Form, welche man bei Kindern nicht findet, vorkommt, hat man reichliche Erscheinungen der ersten Periode der Syphilis, und an den Stellen, wo auf der Haut keine Varicellen zu bemerken sind, sieht man Roseolen, Papeln u. s. f.

Die Roseolen haben sich aber beträchtlich früher als die Papeln und Varicellen entwickelt.

11) Bei jeder Krankheitsform kommen abnorm verlaufende Fälle mit bestimmten Unregelmässigkeiten vor.

12) Bei jedem exanthematischen Fieber kommen gewisse, ihm besonders oder mehreren derselben gemeinsam eigenthümliche Abweichungen vor.

13) Die exanthematischen Krankheiten befallen nur einmal.[1])

[1]) Prof. ZEISSL in Wien hat allerdings einen Fall beobachtet, aus dem hervorgeht, dass wenn ein von Syphilis Befallener vollkommen geheilt worden, derselbe zum zweiten Male von Syphilis befallen werden kann. — Später sind noch zwei hierher gehörige Fälle bekannt worden, so dass dieser Vergleichspunkt an Gewicht zu verlieren scheint. Doch wir haben solche Ausnahmefälle auch bei den Blattern zu beobachten. Obgleich der Satz gilt, dass diese nur einmal befallen, weist Prof. HEBRA in seinem »Aerztlichen Bericht über die Blatternepidemie in Wien« nach, dass $5^1/_2$ Procent aller Kranken zum zweiten, resp. dritten Male von Blattern befallen worden sind. Solches Ausnahmeverhalten kommt vor, ohne dass die aufgestellten Sätze direct umgestossen werden können.

14. Endlich, die exanthematischen Krankheiten begünstigen den Eintritt anderer Krankheiten.

Syphilis und Scharlach.

Mit Scharlach hat das Fieber, welches den syphilitischen Ausschlag oft begleitet, die Aehnlichkeit, dass das Fieber nach erreichter Höhe des Ausschlags, welche Höhe bei Scharlach fast durchgängig viel bedeutender ist, in unbestimmter Weise noch fortdauert und allmählig weicht.

Lässt sich nun der Scharlachausschlag mit Syphilis nicht verwechseln, so haben die leichten, abnorm leicht verlaufenden Scharlachfälle um so mehr in ihrem Fieberverlauf eine gewisse Aehnlichkeit mit dem Fieber bei Syphilis, wenn die rapide Entfieberung bei der Syphilis nicht zu Stande kommt.

Diagnostische Irrthümer können natürlich zwischen Syphilis und Scharlach nicht vorkommen.

Bei Urticaria, bei den erysipelatösen Erkrankungen lässt sich der Vergleichspunkt mit dem syphilitischen Fieber in der Unregelmässigkeit des Fieberverlaufs finden, so dass wir bei Allen die Gründe nicht kennen, warum in dem einen Falle bei der ausgeprägten Localisation, bei der auf der Haut ausgesprochenen pathologisch-anatomischen Veränderung das Fieber gering, im anderen bei anscheinend gleichen Verhältnissen dasselbe bedeutender ist, — ebenso warum in Fällen der Eine heftiger ergriffen wird als der Andere. Endlich lässt sich bei Masern, Scharlach, Pocken, Varioloid, Syphilis, Erysipel und bei Urticaria, Herpes Zoster, Pemphigus, wenn letztere mit Fieber auftreten, gemeinsam beobachten, dass neuhinzukommende Eruptionen und Nachschübe die Entfieberung verzögern, oder Temperatursteigerung mit sich bringen, kurz dass die auf der Haut ausgeprägte Localisation ein Ausdruck für das Fieber ist, und dass, während wir die Gründe nicht kennen, häufige Ausnahmen uns lehren, wie in einem Falle bei geringem Fieber reichlicher Hautausschlag, im anderen Falle bei hohem Fieber sparsames Exanthem zu beobachten ist.

Zur Therapie des syphilitischen Fiebers.

Ausser bei Syphilis sind wir nur noch bei den intermittirenden Fiebern im Stande, durch den Gebrauch bestimmter Medicamente den Ausbruch eines Fiebers zu verhindern, zu vermindern oder zu verzögern. Gegen intermittirende Fieber wirken Chinin und ähnlich erfolgreiche Mittel, gegen das Fieber der Syphilis das Quecksilber.

Bei den intermittirenden Fiebern haben wir den Beweis, dass Chinin u. s. f. unter Umständen das Fieber zu unterdrücken vermögen, darin, dass

viele derjenigen Nichteingeborenen, welche in Malariagegenden leben, meistentheils ohne den prophylaktischen Gebrauch der betreffenden Präparate, oder nach dem Aussetzen derselben vom Fieber befallen werden.

Die Syphilis giebt den ähnlichen Beweis. Das syphilitische Geschwür ist schon das Zeichen der syphilitischen Allgemeinerkrankung; wird kein Quecksilber verabreicht, so bricht gewöhnlich das Fieber aus; wird aber Quecksilber von Anfang an gegeben, so fehlt gewöhnlich das Fieber.

Bei allen übrigen mit Fieber verbundenen Erkrankungen sind unsere Medicamente ohnmächtig, den Eintritt des Fiebers zu verhindern, und wir sind höchstens im Stande, auf kurze Zeit den Fieberverlauf zu verändern.

Soll ein Kind die Masern bekommen, so vermag keine Kunsthülfe davor zu behüten; soll ein Kind an Scharlach erkranken, so helfen nicht, wie früher einzelne Aerzte rühmten, Belladonna und andere Mittel; soll Jemand zum zweiten Male von Blattern befallen werden, so findet dieser selbst keinen Schutz in der Impfung, während ein Anderer frei ausgeht.

Ist das Fieber einmal eingetreten, so nimmt es besonders bei den exanthematischen Krankheiten unaufhaltsam seinen bestimmten Verlauf, und die Aerzte sind namentlich darin übereingekommen so wenig als möglich durch Medicamente und andere Eingriffe zu stören, weil hier jede Unregelmässigkeit des Verlaufs zu leicht eine Gefahr bringen kann.

Von diesem Gesichtspunkte des Vergleichs aus, obgleich die Syphilis zu den eigentlichen exanthematischen Krankheiten im engeren Sinne nicht gezählt werden kann, ist der Gewinn, das Fieber der Syphilis durch Quecksilber abgeschnitten oder geschwächt zu haben, nicht so gross. In vielen Fällen allerdings haben wir die Syphilis durch die zeitig eingeleitete Quecksilbercur glücklich zu bekämpfen begonnen, konnten aber einen guten Erfolg ebensowenig wie einen schlechten voraussehen und berechnen. In anderen Fällen befinden wir uns in der Lage, die eben eingeleitete Quecksilbercur wegen des ausgebrochenen Fiebers abzubrechen, und erst später wieder fortzusetzen. Wir bekämpfen nicht die Methode, die Syphilis mit Quecksilber zu behandeln, noch stellen wir uns ausschliesslich auf Seite der Quecksilberfreunde.

Wir sagen im Gegentheil, es giebt Fälle, welche mit Quecksilber behandelt werden müssen, und ebenso wieder solche, für welche das Quecksilber nicht Heilmittel, sondern Gift ist.

Die Fälle zu sichten und zu scheiden ist aber unsere Aufgabe. Diese Aufgabe zu erfüllen sind wir erst im Stande von dem Zeitpunkte an, zu welchem Fieber und Exanthem aufzutreten pflegen. — Neben sonstigen Kriterien, wie z. B. Tuberculose, Scrophulose, welche den Quecksilbergebrauch verbieten, haben wir uns insbesondere nach der Natur des Hautausschlags zu richten, und zu bestimmen, ob Quecksilber indicirt oder

verboten ist. Geben wir das Quecksilber aber zu zeitig, ohne auf den Hautausschlag Rücksicht zu nehmen, und werden später inne, dass wir im speciellen Falle nicht die Quecksilbercur, sondern eine andere Behandlungsmethode hätten wählen müssen, so kann der Schaden nicht wieder gut gemacht werden.

Da, wo das Quecksilber aber indicirt ist, hat es seine gute Wirkung, wenn es erst in der Zeit gegeben wird, in welcher wir aus dem Krankheitsbilde erfahren, dass seine Anwendung angezeigt ist. Wir heilen sicherer und vermeiden die Ungewissheit.

Mit dem Quecksilber erzielen wir günstige Resultate bei den trockenen, schuppigen Syphiliden, — bei den nässenden, pustulösen Formen aber schlagen wir mit dem ersten Grane Quecksilber auch den ersten Nagel in den Sarg des Kranken. —

AUSPITZ, die Lehren vom syphilitischen Contagium. Wien, Braumüller 1866.

AUSPITZ's Worte sind auf pag. 33 und 34 folgende; »2. Aus dem Gesagten lässt sich auch die Thatsache erklären, dass dem Ausbruch der Seuche, also auch der Genitalaffection damals Prodromalsymptome vorausgingen, als Kopfschmerz, Gliederschmerzen, Schlaflosigkeit, Mattigkeit. Wir finden dies ausdrücklich bei GRÜNPECK, WIDMANN, ALMENAR, SCHELLIG u. A. erwähnt. Bei dem letzteren insbesondere heisst es: »»Et sentiunt infecti in principio dolorem capitis.«« . . . »Wir haben also hier ein Stadium prodromorum, welches sich von jenem bei acuten Infectionskrankheiten nur durch den Mangel des Fiebers unterscheidet. Letzteres wird wohl von Einigen angeführt, jedoch von den meisten verlässlichsten Beobachtern geleugnet. Wie lange dieses Prodromalstadium dauerte, lässt sich aus den Schriften der Zeitgenossen nicht näher bestimmen.« . . .

Aus dem Buche von AUSPITZ entnehme ich noch eine Anzahl von Citaten, welche insofern ein besonderes Interesse haben, als ich hier Beispiele geben kann, wo auch bei dem Impfexperiment, nach dem Impfen des syphilitischen Giftes auf Gesunde das syphilitische Eruptionsfieber zum Ausbruch kam. Folgender Fall gehört jedoch nicht zu den Experimenten. Versuch von VIDAL in Paris 1849: Ein 23jähriger Bedienter von biliös-sanguinischem Temperament, früher stets gesund, von gesunden Eltern stammend, wurde am 21. October 1849 aufgenommen. Vor 6 Wochen hatte er einen Schanker auf der rechten Seite des Bändchens, der heute vernarbt ist und eine kleine Induration zurückgelassen hat. Acht Tage nach der Vernarbung klagte der Kranke über Jucken um den Anus, worauf breite Tuberkel erschienen, welche die ganze Umrandung des Mastdarms einnahmen. Zwischen den Falten der Schleimhaut bemerkt man einige Schrunden; zu gleicher Zeit erschien auf der äussern Haut eine Eruption von rothen Flecken, und hierauf von kleinen

Knötchen, welche nach 3—4 Tagen sich in Pusteln verwandelten. Dem Ausbruch des Exanthems war Fieberbewegung vorhergegangen.

Versuche von WALLER pag. 156. In dem hier angeführten Fall einer Syphiliseinimpfung erfolgte ein makulöses Syphilid, wobei ausdrücklich hervorgehoben ist, dass Fiebererscheinungen nicht zugegen gewesen seien.

Versuche des Pfälzer Unbekannten pag. 184. 185.

1. Impfung am 21. August 1854, am 7. September Eintritt der localen Erscheinungen, am 4. October 1854 Eintritt der Allgemeinsymptome: somit Dauer der 2. Incubation 27 Tage. Zuerst traten die Maculae unter Fiebererscheinungen mit Schmerzen in der Lebergegend auf. Diese Maculae bestanden Wochen lang. Dann zeigten sich Rachengeschwüre, breite Condylome unter der Mamma, wo die Haut wund war und ein Tophus auf der Clavicula.

14. Impfung 5. October; Eintritt der Localerscheinungen am 21. October; also Dauer des 1. Incubationsstadiums 16 Tage; Dauer des 2. Incubationsstadiums 48 Tage. Unter heftigem Fieber Maculae, intensive Pharyngitis, Schmerzen in der Lebergegend, später Rachengeschwüre und Hauttuberkel.

Eyperimente 15—20. Mit dem Blute eines secundär syphilitischen Individuums wurden die Fussgeschwüre von 6 Personen, nachdem dieselben zuvor durch Ueberschläge mit warmem Wasser gereinigt worden waren, einmal überstrichen. Bei 3, deren Geschwüre etwa die Grösse eines Guldenstückes hatten, ohne Allgemeinerscheinungen; bei 3 andern, deren Geschwüre handgross waren, erschienen Maculae, Rachengeschwüre, Hauttuberkeln ohne Fieber mit einer Dauer von 93, 111, 134 Tagen. An den Geschwüren selbst traten keine auffallenden Erscheinungen ein.

Nach v. Bärensprung's Ansicht, die hereditäre Syphilis 1864, welche Auspitz auf pag. 200 und folgd. zusammengefasst hat, finden wir unter Punkt 6 auf pag. 204 folgende Aeusserung angeführt: »In den meisten Fällen geht dem Ausbruche der secundären Symptome eine mehr oder weniger deutliche febrile Erregung (Febris syphilitica) voraus u. s. w. . . . . »in seltenen Fällen sieht man aber auch die Iris, die Knochenhaut, die Hoden schon früh betheiligt werden.«

Impffälle von Bidenkap in Christiania 1862. pag. 237. Anna Margaretha B., 21 Jahr alt, hatte sich selbst einige Tage nach dem 12. December 1862 Eiter von zwei an Syphilis leidenden Kranken vermittelst einer Nadelspitze eingeimpft. 3—4 Tage nach der letzten Impfung bildeten sich an allen Impfstellen Pusteln. Sie hatte in dieser Weise 18 Schanker bekommen und mit den später von Bidenkap geimpften 30. Die Materie, womit sie geimpft war, stammte wie die früheren aus inficirenden Geschwüren, hatte aber viele Generationen und viele Individuen schon passirt. Es war kein

anderes Zeichen weder von localen noch constitutionell syphilitischen Zufällen bei der Kranken vorhanden. Auch ihr früher schon vorhandenes nicht syphilitisches Eczem war schon geheilt. Die Pusteln bildeten sich in ziemlich grosse Geschwüre um, die grössten erreichten einen Diameter von 4'''. Zwei fühlten sich etwas hart an, aber bei den meisten war keine Spur von Induration. In einigem Abstand von einzelnen Geschwüren fühlte man eine kleine etwas schmerzhafte Drüsenanschwellung. Die Behandlung war nur local. Am 27. Januar waren alle Geschwüre schon in Heilung begriffen; 2 der grössten am linken Oberarm, die auch nach der ersten Impfung entstanden waren, sassen auf einer härtlichen Schwellung, die ziemlich begrenzt war und sich wie eine Halbkugel anfühlte, deren Diameter etwa 4''' mass. Noch 4 andere waren härtlich, aber die Härte nicht so genau begrenzt. 2 Geschwüre hatten sich in kleine Furunkel umgebildet. Drüsenschwellung wurde nicht bemerkt. Am 17. Februar stellten sich leichte Fiebersymptome ein, und es zeigte sich Röthe der Rachenschleimhaut mit weisslichem Beleg der linken Tonsille und eines Theiles des Velums. Der Beleg auf den Tonsillen wiederholte sich mehrmals, verschwand jedoch immer ohne Behandlung. Einzelne Drüsenanschwellungen, Kopfschmerzen, hysterische Erscheinungen und gastrische Störungen, sowie zerstreute, später abheilende Pusteln bildeten sich an einzelnen Stellen des Körpers. Bei den zwei am stärksten indurirten Geschwüren waren die Narben etwas hart. Uebrigens kein Zeichen von Syphilis. Am 30. April fingen die Pusteln an abzuheilen. Die Kranke schien sich wohl zu befinden. Einen Monat später, also 5 Monate nach der Impfung, als kein neues Zeichen sich einstellte, wurde sie als gesund entlassen. Sie bot zu dieser Zeit kein Symptom von Syphilis dar. Später hielt sie sich noch mehrere Monate in der Stadt auf, scheinbar frisch und ohne behandelt zu werden. — Bei den anderen von Auspitz angeführten Impf-Experimenten wurden theilweise Allgemeinsymptome, Kopfschmerz u. s. w., theilweise der Eintritt von Roseola und Begleiterscheinungen erwähnt: Fieber wurde nicht ausdrücklich hervorgehoben. Die Zusammenstellung sämmtlicher Impfexperimente würde sonach eine, wenn auch geringe Zahl von Fällen ergeben, welche, wenn man sie mit einzelnen anderen statistischen Zahlen zusammenhält, einen wenigstens annähernden Anhalt über die Häufigkeit des syphilitischen Eruptionsfiebers geben.

Hierauf finden wir in dem Werke von Lancereaux, Traité histor. et pratique de la Syphilis, Paris 1866, Baillière et fils pag. 116 u. folg. Cap. III den Fiebererscheinungen bei Syphilis ein umfängliches Capital gewidmet. In der Hauptsache gebe ich den Inhalt hier übersetzt wieder. Lancereaux hatte zur Bestimmung des Fiebers das Thermometer nicht angewendet.

Pag. 106. Hier wird von dem sogenannten Bubo d'emblée, welcher nach Beobachtungen von Diday keinen virulenten Character haben soll,

:esprochen: der Bubo d'emblée dauert ungefähr einen Monat, mittelmässige :ntzündungserscheinungen, Abgeschlagenheit und relativ heftiges Fieber egleiten denselben stets.

Période d'eruption générale pag. 117.

»Das sogenannte Gumma lässt in dieser Periode der Krankheit seiner }eschaffenheit und seinem Sitze nach keine Spuren bei seinem Durchgang urch den Körper zurück: es ist nie wie die Läsionen, welche ihm folgen on Narben oder organischen Zerstörungen gefolgt, und oft besteht es mit berflächlichen, harten, elastischen, knorpelartigen Drüsenanschwellungen. :ine nicht weniger wichtige Eigenthümlichkeit der Zufälle dieser Periode esteht in ihrer Generalisation. Immer werden verschiedene Stellen des Körpers zu gleicher Zeit befallen, nicht allein die Haut und Schleimhaut rerden betroffen, sondern oft auch gleichzeitig verschiedene Organe, Mus-:eln, Knochen, Augen, Gelenke u. s. w. In diesen letzteren Theilen scheint lie anatomische krankhafte Veränderung einen entsprechenden Ausdruck für lie Veränderungen auf der Haut zu haben .... In den Gelenken wird ein heumatisches Leiden vorgetäuscht.... Das successive Erscheinen, sowie die Recidive gehört ebenso diesen verschiedenen Manifestationen an, welche alle als ;emeinsames Symptom vorhergehende oder begleitende febrile Phänomene ıaben .... In dieser Periode der Krankheit wird die Thätigkeit der Syphilis ıicht auf der Haut begrenzt, wie es die Mehrzahl der Autoren anzunehmen cheint.›Weil diese Krankheit ihre Producte in den verschiedenen Organen setzt, ınd häufig febrile Erscheinungen vorhergehen, so folgt, dass wir der Reihe nach zu betrachten haben:

Die Prodromalsymptome oder das syphilitische Fieber.

Die Eruption auf der Haut und Schleimhaut; syphilides exanthématiques; t énanthématiques:

Die gewöhnlich begleitenden Veränderungen gewisser Organe, affections ʼiscérales secondaires.

Prodromalsymptome; syphilitische Chlorose, Invasionsfieber, — syphi-litisches Fieber.

Diese Erscheinungen waren den frühesten Berichterstattern über die Syphilis VILLALOBOS, FRASCATOR, AMBROSIUS PARÉ nicht entgangen, welcher etztere ein treues Bild von dem Invasionsstadium der Krankheit gegeben ıatte«. Es folgt nun die Wiedergabe einer Stelle des AMBROSIUS PARÉ, in relcher zwar nicht das Fieber, aber die übrigen Invasionssymptome geschildert rerden. Hierauf wird aus dem Werke SWEDIAUR's Traite des Malad. vén. Tom. II. pag. 101. Paris 1801 eine Schilderung wiedergegeben. Ich ent-ehme, da ich den SWEDIAUR schon selbst ausführlich angeführt habe, nur lie Worte: «Ils sont attaqués d'une fièvre de l'éspèce lente avec un pouls

faible et accéléré« u. s. w. Hier also wird ein schleichendes Fieber betont.

Obgleich das Invasionsfieber der Syphilis bei den Autoren der letzten Jahrhunderte bekannt war (es war von Hecker und Morelli beschrieben), so war es doch nicht immer mit der Aufmerksamkeit beachtet worden, die man hätte erwarten sollen; jedoch Ricord, Bassereau, Gibert, Bazin, Hardy haben es besprochen. Die Zeit, welche zwischen dem Erscheinen des Fiebersymptomencomplexes und dem Auftreten der Eruption liegt, beträgt gewöhnlich 8—10 Tage, kann aber auch zwischen wenigen Tagen und 2—3 Wochen schwanken. In den Fällen von inoculirter Syphilis haben sich die Prodromalsymptome zwischen dem 65. und 150. Tag nach der Einimpfung des syphilitischen Giftes gezeigt (Beobachtnngen von Wallace, Waller, Rinecker und es ist wahrscheinlich, dass zwischen der eingeimpften und erworbenen Syphilis hierin kein wesentlicher Unterschied besteht. Von 199 Fällen des Erythems bestanden diese Symptome nach Bassereau 143 mal zwischen dem 30. und 90. Tage nach der Ansteckung. Unter 60 Fällen, bei denen sehr genaue Angaben vorliegen, hat Mac-Carthy 40 Mal sehr markirte Prodrome constatirt, 21 Mal nur nächtlichen Kopfschmerz, 11 Mal Kopfschmerz und rheumatoide Schmerzen in der Umgebung der Gelenke, 8 Mal ausser den Schmerzen keine weiteren Erscheinungen. Die stürmischen Erscheinungen, welche gewöhnlich den ersten Hauteruptionen vorhergehen, verschwinden gewöhnlich zur Zeit, wenn die letzteren erscheinen, manchmal bestehen sie jedoch noch oder kommen auch noch nach der syphilitischen Eruption und zwar trotz der merkuriellen Behandlung. Diese nur der Eruptionsperiode angehörigen Erscheinungen begleiten häufiger und vielleicht einzig die erythematöse Syphilide, weil sie von allen die häufigste ist. Es ist selten, dass sie ganz fehlen, und dass sie nicht je nach der individuellen Verschiedenheit variiren. . In der Mehrzahl der Fälle beobachtet man, dass sich die Züge des Kranken verändern, das Gesicht wird blass, um die Augen entstehen Ringe, der Gesichtsausdruck wird verdüstert, der Kranke ist traurig, mürrisch, schweigsam, er magert ab; gleichzeitig empfindet er eine Steifigkeit und Unbehaglichkeit, welche ihm alle Lust zur Arbeit nimmt, eine solche Mattigkeit und Schwäche, dass das Gehen erschwert ist. Ein heftiger Kopfschmerz tritt ein, ebenso während der Nacht als auch am Tage; derselbe kann den ganzen Kopf oder nur Stellen einnehmen und ist zuweilen in der Stirn- oder Schläfengegend begrenzt u. s. w. Der Kopfschmerz tritt in Paroxysmen und selbst neuralgieartig und periodisch auf und ist oft von Betäubung, Schwindel und ähnlichen Symptomen begleitet u. s. w. Gleichfalls sind anderwärts im Körper Schmerzen, die unter dem Namen rheumatoider Schmerzen bekannt sind, vorhanden. Hier verweist nun Lancereaux auf die bekannten Schilderungen von P. Bayr und Ambrosius Paré, und er beschreibt diese Erscheinungen ausführlich. Auf pag. 122 wird der Urin als zuweilen röthlich und

fieberartig bezeichnet. In dieser Epoche kommen die verschiedensten näher beschriebenen gastrischen Störungen vor.

Ich führe noch folgende Stellen aus dem Werke von LANCEREAUX an: In dieser erwähnten Periode ist die Respiration oberflächlich, beim Gehen leichter frequent, die Circulation des Blutes ist im Allgemeinen gestört. Die Kranken bekommen leicht Herzklopfen, haben zuweilen Nasenbluten und Oedem der unteren Extremitäten; anämische Geräusche im Herzen und in den grossen Gefässen werden gehört; mit einem Wort, man findet Zeichen von Chlorose, Anämie und in der That die Analysen von Grassi (und Ricord der Vf.) haben gezeigt, dass diese Symptome mit einer gleichzeitigen Verminderung der Blutkügelchen einhergehen, welche, wie wir wissen, von dem Zeitpunkt des Beginns des harten Schankers anfängt, und zwar bevor sich irgend ein anderes Zeichen von Syphilis bemerklich macht. Wahre Fiebererscheinungen kommen zu diesen Symptomen häufig hinzu, welche durch Hitze, gefolgt von mehr oder weniger heftigen Schweissen, characterisirt sind. Diese Fieberzufälle repetiren gewöhnlich gegen Abend oder während der Nacht: in manchen Fällen täuschen sie eine intermittirende Quotidiana oder Tertiana oder ein doppeltes Tertianfieber vor. CARDAN, BAILLOU, J. FRANK. WERLHOF haben selbst von intermittirendem syphilitischen Fieber gesprochen. Obgleich mehrere derart berichtete Beispiele in Zweifel gezogen werden können, so erkennt man doch, dass das syphilitische Fieber in gewissen Fällen eine grosse Analogie mit den intermittirenden Fiebern hat. Boyer pag. 113 citirt eine derartige Thatsache. Andere Male wieder wird das Fieber verlängert durch Paroxysmen; Kopfschmerz, Lumbago, Erbrechen, Schwäche, Stupor, Nasenbluten sind vorhanden, und während das Fieber vor dem Hautausschlag eintritt, so scheint es Analogie mit dem Beginn einer Variola, eines Eruptionsfiebers, oder selbst noch eines Typhoidfiebers zu haben. Die Pulsfrequenz ist gewöhnlich nicht sehr beträchtlich, dieselbe beträgt zuweilen 110—120 Schläge in der Minute. Hierauf berichtet LANCEREAUX von meinen Temperaturmessungen aus dem Jahre 1863, welche ich in dieser Schrift schon wiedergegeben habe, worauf ich hiermit verweise.

Das gesammte Symptomenbild, um welches es sich hier handelte, ist nach Diday andauernder und weniger selten bei der Frau als bei dem Manne. Bei der Frau findet man die höchsten Grade. Wie dem auch sei, im Allgemeinen beobachtet man eine Abnahme der Prodromalsymptome mit dem Eintreten des Hautausschlags, derselbe scheint alle Kräfte und Anstrengungen des Organismus zu concentriren; manchmal aber jedoch bestehen die Erscheinungen noch fort und nehmen auch noch zu während der ersten zwei bis drei Wochen seit Beginn des Hautausschlags. Verschiedene Affectionen können mit diesem ganzen Symptomencomplex oder wenigstens mit einzelnen der wesentlichsten Symptome dieses Krankheitsbildes verwechselt werden:

dies bezieht sich namentlich auf die Zeit vor der Eruption, auf das intermittirende und auf das typhoide Fieber, auf gastrische Zustände und auf gewisse Kopfschmerzen und selbst Neuralgien, sowie auf den Zeitpunkt, zu welchem bei den meisten Eruptionsfiebern der Hautausschlag zum Vorschein kommen will. Wir werden auf die differentielle Diagnose zurückkommen: in Betreff der Syphilis wird man sich an die Antecedentien des Kranken, an die begleitenden Krankheitserscheinungen, wie z. B. an das primäre Geschwür oder dessen Narbe, sowie an die fast niemals fehlenden Drüsenanschwellungen halten können.

Selten übrigens sind die durch Syphilis bedingten Fieberzufälle so heftig und regelmässig, wie diejenigen bei Intermittens.

Die aufmerksame Beobachtung des ganzen Verlaufs wird alle Zweifel lösen. Es kann in der That nur dann Schwierigkeit geben, wenn eine der erwähnten Krankheiten die Syphilis in ihrer Evolutionsperiode complicirt. Der einzige Stein des Anstosses ist die Behandlung. Der Merkur ist aber jetzt auch gar nicht anzuwenden und wir haben die dem entsprechende Ansicht von Diday bestätigen können. (Wenn wir nun mit Eisen und Jod das syphilitische Fieber behandeln sollen, schliessen wir dann mit Diday, dass dieser krankhafte Zustand nicht mit der Syphilis in denselben Beziehungen steht, wie die constitutionellen Störungen, dass es (das Fieber) zufällig und nicht direct durch diese Krankheit verursacht worden ist? Keineswegs. Wenn man auf die Schwächung des Organismus, welche unter dem Einfluss des syphilitischen Giftes entstanden war, einige der Allegemeinstörungen, um welche es sich hier handelt, beziehen kann, so bleibt immer noch eine grosse Zahl übrig, welche die Chlorose und die Anämie nicht erklären.) In Betreff der Prognose kann man nach Lancereaux etwas Bestimmtes nicht sagen: er fügt noch hinzu: »Weit entfernt die Wichtigkeit des syphilitischen Fiebers, welches Hunter mit rheumatischem Fieber verglich, zu verkennen, verdient dasselbe im Gegentheil eine ganz besondere Aufmerksamkeit und aus diesem Grunde sollen mehrere Beispiele angeführt werden«

Pag. 125. III. Beobachtung. Indurirter Schanker, papulöses Syphilid, gastrische Störungen, Fieber, Schwindel, Lichtscheu, leichte Störungen von Seiten des Gesichts und des Gehörs.

V . . ., Erdarbeiter, Flamländer, 55 Jahre alt, trat am 9. October 1860 in das Hospital. Dieser, früher stets gesunde Mann hatte vor einigen Monaten einen indurirten Schanker der Vorhaut sich zugezogen, welcher jetzt noch an der Narbe erkenntlich ist. Doppelseitige, multiple Inguinaldrüsenanschwellungen; an Brust und Bauch und Gliedmassen eine papulöse Syphilide, Nackendrüsenanschwellung, Alopecie, Plaques muqueuses an der rechten Mandel, leichte Röthe und Oedem am Isthmus und Schlund. Der Kranke klagt über Muskelschmerzen in der Brust- und Sternalgegend und

über Schmerzen in den meisten Gelenken. Die Zunge ist belegt, Appetit nicht vorhanden; Schwindel, Betäubung, Kopfschmerz, leichte Schwäche des Gesichts- und Gehörsinns; die Augen sind trübe, der Gesichtsausdruck ist traurig. Allgemeine Abgeschlagenheit und Fieber. 85 Pulsschläge. Gegen 3 Uhr Nachmittags nahm das Fieber zu, die Haut wurde heisser, der Puls frequenter. Der Kopfschmerz wurde heftiger, der Kranke klagte in der rechten Kopfseite über messerstichähnliche Schmerzen. Die Organe wurden sorgfältig untersucht, ohne dass irgend etwas Auffälliges bemerkt worden wäre. Die beschriebenen Zufälle blieben in derselben Weise; der Kranke magerte ab, jeden Tag fast zu derselben Zeit zeigte sich ein Fieberparoxysmus. Jodquecksilber. Nach und nach trat langsame Besserung ein. Der Kranke verliess den 13. November in wesentlich gebessertem Zustande das Hospital.

In diesem Falle kam das Fieber in derselben Zeit wie der Hautausschlag, begleitete dessen Entwickelung gleichzeitig mit nervösen Störungen, Betäubung und Schwindel und Verdauungsstörungen, so dass man hätte können veranlasst sein, eine ganz andere Krankheit wie die Syphilis anzunehmen.

IV. Beobachtung. Geschwüre an den Genitalien, Fieber, Roseola, Plaques muqueuses und Vegetationen.

Eleonore T., 18 Jahre alt, kam in das Hospital der Charité (Abtheilung von RAYER) am 22. September 1858. Früher stets gesund, bemerkte das junge Mädchen seit einigen Wochen Geschwüre an den Genitalien; bald darauf zeigten sich ebendaselbst, an jeder Schamlippe taubeneigrosse Vegetationen. Seit 2 Tagen bemerkte sie jeden Abend heftigen Frostschauer, worauf Hitze und Schweiss folgte; sie klagte über allgemeine Abgeschlagenheit. Am 23. September bei der Visite wurde das Vorhandensein der erwähnten Symptome, Fieber, Alopecie, doppelseitige, multiple, indolente Inguinaldrüsen- und Nackendrüsenanschwellung constatirt. Mehrere Bäder und täglich 2—3 Pilules de Sédillot wurden angewendet. Während der folgenden Tage kamen mehrere Fieberzufälle. Am 5. October Operation, Excision der Vegetationen. Am 9. Abgeschlagenheit, Steifigkeit, herumziehende Schmerzen, frequenter Puls. Es zeigte sich ein deutlicher Fieberzustand; man vermuthete ein exanthematisches Fieber. Zwei Tage später bedeckte eine über den grössten Theil des Stammes verbreitete Rubeoleneruption die Haut, und liess keinen Zweifel mehr über den specifischen Character dieses Fiebers. Die Behandlung wurde fortgesetzt, das Fieber liess theilweise nach. Am 19. trat gegen 6 Uhr Abends ein heftiger Schüttelfrost auf, welcher über eine Stunde anhielt. Schlaflosigkeit in der Nacht. Am nächsten Morgen Fieber, Halsschmerz, leichte Anschwellung der Submaxillaris. Am 22. ist der Zustand befriedigend. Am 23. neuer Schüttelfrost gegen 2 Uhr Mittags; Abends ist noch Fieber vorhanden; die Kranke



klagt über Leibschmerzen, Beklemmung, die Zunge weiss, dick belegt. Schweiss gegen Morgen. Am 24. war bei der Visite kein Fieber mehr, jedoch noch Schwere und Schmerz im Kopf und etwas Schwerbesinnlichkeit vorhanden. Am 25. Besserung; da der Ausschlag verschwunden ist, verlangte die Kranke das Hospital zu verlassen und entzog sich am 26. in Folge dessen der weiteren, ärztlichen Beobachtung.

V. Beobachtung. Syphilitische Ansteckung: Abgeschlagenheit, Fieber. Gelenkschmerzen.

B., Tagelöhnerin, 30 Jahre alt, trat am 24. April 1860 in das Hospital de Lourcine, klagt über eine Vaginitis in den vorderen Parthien und hat seit 2 Monaten eine wunde Stelle an den Genitalien bemerkt. Der Status praesens ergiebt multiple Drüsenanschwellungen, über den ganzen Körper verbreiteten syphilitischen Hautausschlag, Gesichtsausdruck alterirt, benommen, erinnert fast an Typhus, heftiger Kopfschmerz, Schlaflosigkeit, Abgeschlagenheit, Appetitmangel; Fieberzustand am Abend noch mehr ausgegesprochen. Jodquecksilber und Opium. Am 30. derselbe Allgemeinzustand. Besserung in den folgenden Tagen. Am 9. Mai ist der Kopfschmerz verschwunden. Am 26. Schmerzen im rechten Ellenbogen und Handgelenk, leichte Anschwellung und Röthe. Bäder. Vesicator.

Am 11. Juni verlässt die Kranke noch nicht geheilt das Hospital. (Martel, nicht veröffentlichte Beobachtung.)

VI. Beobachtung. Indurirter Schanker der rechten Schamlippe, Fieber, Diarrhoe, Epistaxis. Arthritis des rechten Handgelenks.

E..., 29 Jahre alt. Aufnahme im Hospital de Lourcine am 24. April 1860. Ungefähr einen Monat nach der Entwicklung eines harten Schankers bemerkte die Kranke Abgeschlagenheit und allgemeine Müdigkeit, Appetitverlust, Diarrhoe, Kopfschmerz mit nächtlichen Exacerbationen und zur selben Zeit Fieber mit abendlichem Paroxysmus; Puls 84.

Einige Tage später, 5. Mai Epistaxis, während mehrerer Tage sich wiederholend, die Haut bedeckt sich mit einem characteristisch ausgesprochenen Erytheme. Am 21. Juli heftiger Schmerz im rechten Handgelenk mit leichter Anschwellung und Röthe. Geeignete Behandlung dieser verschiedenen Erscheinungen. Die Kranke verliess erst im Monat October das Hospital. (Martel, noch nicht veröffentlichte Beobachtung.)

VII. Beobachtung. Indurirter Schanker, Fieber, gastrische Störungen, Schwindel, Lichtscheu.

G..., Glashändler, 51 Jahre alt, ein kräftiger Mann von guter Constitution, hat seit ungefähr 2 Monaten einen indurirten Schanker acquirirt. Als er in das Hospital Pitié am 22. Mai 1861 aufgenommen wurde, hatte er einen papulösen Ausschlag, welcher über den ganzen Körper verbreitet war; es war zugleich Fieber vorhanden, welches seit 7—8 Tagen schon bestanden

hatte; die Zunge war belegt, kein Appetit vorhanden. Zahlreiche Plaques muqueuses am After. Liquor von Swieten.

Nach einigen Tagen hörte das Fieber auf; der Hautausschlag fing an sich zu verändern, als plötzlich der Kranke von Schwindel, Betäubung und allgemeiner Abgeschlagenheit befallen wurde, so dass man Besorgniss wegen einer schweren fieberhaften Erkrankung hatte. Sieben Tage später war dieser Zustand verschwunden. Liquor von Swieten war nicht ausgesetzt worden. Am 2. Juli verliess der Kranke das Hospital; der Ausschlag war fast beseitigt.

Nach den erwähnten Beispielen geht das Fieber dem Ausschlag voraus oder begleitet denselben. Dasselbe kann auch von demselben völlig unabhängig sein, wie die folgende Beobachtung darthut.

VIII. Beobachtung. Geschwüre an den Geschlechtstheilen, Verdauungsstörungen, Abgeschlagenheit und Steifigkeit, Mattigkeit, Fieber, Chloroanämie, anämisches Doppelblasegeräusch; syphilitischer Hautausschlag.

L . . . ., Dienerin, 20 Jahre alt, wird am 8. August 1860 in das Hospital Pitié, Saal St. Charles, Bett 25 aufgenommen; sie erzählt, dass sie vor ungefähr 3½ Monaten an den Genitalien Geschwüre und Drüsenanschwellungen in den Weichen und Achselhöhlen bemerkt habe. Von jener Zeit an war sie fortwährend matt, abgeschlagen, war mit herumziehenden Schmerzen, welche besonders im Kopf und in der Umgebung der Gelenke fixirt waren, behaftet. Die Kranke hat von Haus aus eine gute Gesundheit, ihre Verwandten sind ebenfalls gesund. Seit ungefähr 8 Tagen war die Kranke jeden Abend von Frösteln befallen, worauf Hitze und Schweiss folgten; diese Zufälle schwanden gegen 10 Uhr vollständig. Eine Angina kam noch hinzu. Am 8. August erythematöse Röthung des Gaumensegels mit Drüsenanschwellung. Multiple Inguinaldrüsenanschwellungen, keine Hauteruption, die Plaques muqueuses sind in Rückbildung begriffen, Alopecie, Mattigkeit, fortwährend Schmerzen. Doppelblasegeräusch an den Halsgefässen, Verdauungsstörungen. Die Brustorgane sind ohne bemerkbare Abnormität. Das Fieber besteht fort. Brechmittel. Am 13. ist das Fieber weniger heftig. An diesem Tag wird mit der Verabreichung des Jodquecksilbers begonnen. Das Fieber lässt bald gänzlich nach, die Mattigkeit verschwindet; die Verdauungsstörungen gleichen sich nach und nach aus.

Am 2. August befindet sich die Kranke wieder wohl und verlangt Entlassung aus dem Hospital, das Blasegeräusch in den Halsgefässen sowie blasses Aussehen sind noch vorhanden.

Auf pag. 132 bekennt sich LANCERAUX zu der Ansicht, dass die Geschwürsbildung nicht ein hauptsächlichstes Characteristicum für die Syphilis sei, deshalb nimmt er auch nicht die Geschwürsbildung zum Eintheilungsprincip der syphilitischen Erkrankungsformen, sondern er theilt dieselben in:



acute, exanthematische Syphiliden (secundäre) und in langsam oder circumscript sich entwickelnde (tertiäre) Formen.

Während LANCERAUX sich wohl bewusst ist, dass es eigentlich keine Scheidung zwischen secundären und tertiären Formen giebt, wird meines Erachtens allen Anforderungen am meisten genügt, wenn im Allgemeinen die Regel festgehalten wird, dass dem Entwickelungscharacter irgend einer syphilitischen Hauterkrankung ein gleicher Modus der etwa vorkommenden Processe in anderen Organen entsprechen kann. Wir wissen ja, dass die acuten, weniger tief greifenden Veränderungen gewöhnlich mehr an die ersten Perioden, die langsamer verlaufenden, allmählig sich entwickelnden, welche eines grösseren Zeitraums bedürfen, an die späten Perioden geknüpft sind. Doch kommen vielfache Uebergänge aus den gewöhnlich angenommenen Perioden vor und greifen in einander über, so dass, was pathologisch-anatomisch und klinisch bewiesen ist, Symptome der sogenannten tertiären Periode im Beginn der Erkrankung und umgekehrt zugegen sein können. Hierher gehört auch das acute Auftreten gewisser Symptome in der sogenannten tertiären Periode.

Den gewöhnlichen Verlauf der Syphilis verfolgend, handelt nun LANCEREAUX die einzelnen Hauterkrankungsformen, sowie die diesen entsprechenden häufig gleichzeitigen Symptome ab.

Als erste Hautform bezeichnet er die erythematöse Syphilide, die sog. Roseola (CAZÉNAVE und SCHEDEL). Sie ist nach ihm die häufigste und am meisten acut eintretende; der Verlauf ist jedoch im Allgemeinen langsam, selbst in den Fällen, wo der schnelle Eintritt von einem richtigen Eruptivfieber abzuhängen scheint. Das Erythem erscheint unter vielfachen successiv sich ausbildenden Nuancirungen meistentheils in successiven Nachschüben. Nach BASSEREAU kommen bei 192 Fälle 18 Recidiven vor. Die papulöse Syphilide, welche im Beginn ihrer Entwickelung viel Aehnlicheit mit der Roseola der Syphilis hat (pag. 137), unterscheidet sich (pag. 139) von den Typhuseffloreseenzen dadurch, dass letztere sparsamer und weniger voluminös sind, ebenso dadurch, dass bei Typhus das Fieber heftiger ist. Unter den nicht fieberhaften Hauterkrankungen giebt die Abwesenheit syphilitischer Symptome einen Anhalt für die Diagnose.

Die pustulöse Syphilide (pag. 140 und 141). Zur Diagnose dieses Exanthems giebt L. folgenden Anhalt: Zuerst verglichen mit fieberhaften Exanthemen, so kann man, wenn demselben allgemeine Symptome vorausgehen, glauben, dass eine Varioloide oder Variola im Anzug sei; aber der Unterschied im Verlauf und der Heftigkeit der Allgemeinsymptome, die Antecedentien und die begleitenden syphilitischen Zeichen können einen Irrthum nicht lange Zeit bestehen lassen. Von den nicht syphilitischen pustulösen Ausschlägen, z. B. von der Acne vulgaris unterscheiden sich die syphilitischen Eruptionen durch ihre andersartige Verbreitung. Dies wird näher ausgeführt und erörtert.

Die vesikulöse Syphilide. Der Verlauf dieser selteneren Form, von welcher BASSEREAU nur 12 Fälle beobachtete, ist chronisch (pag. 143), jedoch Reactionserscheinungen können dabei sein wie bei allen exanthematischen Syphiliden.

Pag. 154. Die Anginen und syphilitischen Bronchiten, characterisirt durch rothe Flecken an den Mandeln und am Pharynx und ebenso an der Kehlkopfschleimhaut (p. 156), haben grosse Aehnlichkeit mit den Anginen durch Rötheln oder Scharlach hervorgerufen. Indess man unterscheidet die syphilitische Angina durch ihre geringere Acutität, sowie durch den geringeren Grad des Fiebers u. s. w. Es wird noch pag. 157) der Umstand erwähnt, bei der syphilitischen Angina sind gewöhnlich noch primäre Erscheinungen oder doch deren Narben vorhanden, welche auf Syphilis Bezug haben.

X. Beobachtung. Heloïse P., 19 Jahr alt, Wäscherin, bisher gesund mit Ausnahme einer Tibio-Tarsalanschwellung vor einem Jahr; der Vater starb an einem Brustübel: die Mutter und der einzige Bruder, welcher 8 Jahr alt ist, sind gesund. Am 15. Mai 1860 Lendenschmerzen, welche das Gehen hindern; Schmerzen, die von der Wirbelsäule nach den Seiten ausstrahlen und gegen 6 Uhr Abends zunehmen, die ganze Nacht anhalten und bei Tagesbruch aufhören. In derselben Zeit Mattigkeit, allgemeine Abgeschlagenheit, Appetitverlust. Im Verlauf des Monat Juni Verminderung der Schmerzen, aber Schlaflosigkeit besteht fort zugleich mit Kopfschmerz, und Abends tritt Fieber ein. Gegen Ende des Monats kommt zu allen diesen Erscheinungen Halschmerz hinzu zu derselben Zeit, wo sich auch der gastrische Zustand deutlicher ausspricht. Zunge belegt, vollständige Appetitlosigkeit (Anorexie), Brechmittel. Am selben Tage Abends kommt ein Hautausschlag zum Vorschein, welcher sich fast über die ganze Haut erstreckt, so dass man glaubte, eine Variola werde sich entwickeln.

Am 4. Juli, 2 Tage nach dem Auftreten der Eruption, wird der Kranke in das Hospital Pitié (salle St. Charles, No. 30) aufgenommen. Der Status praesens ergiebt: Sehr ausgesprochene gastrische Störungen, belegte Zunge, Appetitverlust, gestörte Verdauung, Diarrhoe, Kopfschmerz und Schlaflosigkeit. Es ist eine papulo-pustulöse disseminirte Eruption vorhanden, reichlich auf dem Leib und Rücken und spärlich auf den Gliedmassen ausgesprochen und völlig fehlend an den gewöhnlich entblösst getragenen Stellen. Die Hauteruption ist einer Miliaria sehr ähnlich und besteht aus kleinen Papeln, die auf ihrer Spitze noch kleinere Pusteln zeigen. Diese pustelartigen Papeln bedecken sich bald mit kleinen Schuppen, die abfallen und einen runden kupferfarbenen Fleck zurücklassen. Die Kranke hat gleichzeitig Plaques muqueuses am Anus und an der Vulva; die Angina ist durch eine bräunliche, bronceartige Färbung der Schleimhaut characterisirt. Brechmittel und einige

Tage später Liquor von Swieten täglich 10—15 Gramm. Nach wenig Zeit verschwindet die Eruption, die Plaques muqueuses vernarben, die Diarrhoe hört auf, die Angina desgleichen, die Verdauung wird wieder regelmässig. Liquor von SWIETEN wird ausgesetzt. 6 oder 8 Tage später wurde die Kranke von sehr heftigen Schmerzen im Vorderarm und in den Beinen befallen. Fieber ist vorhanden. An der vorderen Seite der Tibien beobachtet man rothe, leicht angeschwollene, auf Druck sehr schmerzhafte Flecken. Syphilitische Periostitis. Jodqueksilber, Opium, Vesicator.

Am 15. August ist der allgemeine Zustand der Kranken wesentlich gebessert. Sie wurde aber jetzt vom Neuen von Kopfschmerz, Abgeschlagenheit, Unwohlsein, Beklemmungen, Herzklopfen, Fieber (Puls 100) befallen; Somnolenz am Tage, Schlaflosigkeit in der Nacht. Der gleiche Zustand besteht in den folgenden Tagen fort: während 8 Tagen fast täglich Epistaxis. Vollständiger Appetitverlust. Die Kranke klagt über ein Gefühl eines fremden Körpers, welcher gegen die Kehle hin aufsteigt. Jodkali bewirkt eine rapide Besserung und die Kranke verlässt das Hospital am 8. September.

In der Analyse dieser Krankheitserscheinungen, welche nach LANCEREAUX auf Syphilis zu beziehen sind, und nach welchen man (pag. 159) auf verschiedenartige Localisationen eines krankhaften Zustandes schliessen kann, ist aber noch die Frage zu beantworten, ob der gastrische Zustand durch secundäre Manifestationen der Magenschleimhaut analog denen der Pharynxschleimhaut hervorgerufen worden sind. LANCEREAUX sagt, ehe man hierüber eine entscheidende Antwort giebt, muss man noch andere derartige Beispiele abwarten.

Ueber die Schleimhaut der Nase, des Larynx, der Trachea. Hier werden die Beobachtungen von CZERMAK, TUERK, CUSCO und DANCE (Eruptions du Larynx survenant dans la période secondaire de la syphilis, Thèse de Paris 1864) citirt und z. Theil erwähnt. Hiernach erscheint zur Zeit der Roseola ein Erythem des Larynx in der Form von begrenzten Flecken u. s. w. Wir verweisen hier auf das Original. DIDAY hat den Symptomencomplex beschrieben. Ein Beispiel wird angeführt, wo 3—6 Monate nach dem primären Symptom Stimmlosigkeit und Schwerhörigkeit eintrat. Die anderen Functionen des Stimmapparats waren ungestört, weder Schmerz, noch Husten, noch Dyspnoe, noch Fieber war vorhanden. Die Plaques muqueuses sind ein für die Syphilis characteristisches Symptom. Mit Rücksicht auf ihre zahlreichen Recidive kann man in Betreff des Zeitpunktes ihres Erscheinens sagen, dass sie eines der späteren Symptome in der Periode des Eintritts der Allgemeinerscheinungen sind. Gleichviel wo sie ihren Sitz haben, sie können auf die benachbarten Drüsen einen Einfluss üben und Eiterung veranlassen. Nie darf man vergessen, dass ihnen oft Drüsenanschwellungen

vorhergehen. Das Fieber, welches denselben vorhergeht oder sie begleitet, kann in gewissen Fällen die Folge einer secundären Infection sein, so dass mehr oder weniger heftige Fieberschauer entstehen.

Pag. 176. Secundär syphilitischer Jcterus. PARACELSUS, GARNIER, ASTRUC, FABRE, SWEDIAUR, PERCY, PORTAL werden aufgeführt als Autoren, welche den Jcterus mit Syphilis im Zusammenhang erwähnten. Hierauf werden die von mir früher schon angeführten Beobachtungen von RICORD, GUBLER und ausserdem noch Beispiele von LUTON und A. FOVILLE besprochen. LANCEREAUX hat drei derartige Fälle und ebenso MARTEL mehrere beobachtet.

LANCEREAUX führt folgende Beobachtungen auf.

Pag. 177. XII. Beobachtung:

V . . . . Blumenmaler, 19 Jahr alt, aufgenommen am 17. April 1860 in den Saal St. Paul No. I. Hospital Pitié. Der Kranke ist von lymphatischer Constitution, gut genährt, trinkt keine Spirituosen. Er erzählt, dass er früher einen Tripper sich zugezogen und vor zwei Monaten einen indurirten Schanker acquirirte, worauf 5 — 6 Wochen später eine Roseola erschien, auf welche nach 4 — 5 Tagen ein Jcterus folgte. Zu derselben Zeit allgemeine Mattigkeit, Abgeschlagenheit, Kopfschmerz, Fieber, Muskel- und Gelenkschmerzen. Appetitverlust und ungefähr 14tägige Diarrhoe; unregelmässige, gegen Abend eintretende Frostschauer. Liquor von Swieten wurde 14 Tage nach Eintritt des Icterus verordnet, jedoch der Kranke ging seiner Beschäftigung nach und blieb ohne Behandlung.

Am 17. April zeigte die Haut eine gelbe Färbung, ein wenig in's Grünliche spielend. Die Lebergegend ist spontan und intermittirend schmerzhaft; bei Druck ist der Schmerz stärker. Die Leber ist angeschwollen, der untere Rand stumpf, überragt den Thoraxrand, ohne bemerkliche Unebenheiten dieses Organs. So gut wie kein Appetit; die Diarrhoe ist vorüber; noch sieht man Spuren der Roseola und Plaques muqueuses am Anus. Ein Löffel voll Liquor van Swieten jeden Morgen zu nehmen. Nichts Besonderes bemerkenswerth während der folgenden Tage. Ungefähr 12 Tage später hat sich die gelbe Färbung wesentlich vermindert. Am 9. Mai, dem Tage, an welchem der Kranke das Hospital verlässt, ist die Conjunctiva noch etwas gelblich gefärbt, und die Haut hat auch noch nicht ihr normales Aussehen wieder bekommen. Seit kurzer Zeit sind neue Plaques muqueuses zum Vorschein gekommen. Pilules de Sédillot werden verordnet. Eine weitere Beobachtung fand nicht statt.

XIII. Beobachtung. D . . . ., 18 Jahre alt, Wäscherin, wird im Hospital de Lourcine, Saal St. Clément, No. 28, am 10. April 1860 aufgenommen.

Die Kranke ist von guter Constitution, litt im 4. Jahre an einer langwierigen Augenentzündung, hatte eine confluirende Variola und einen Typhus durchgemacht. Mit 15 Jahren menstruirt, vor 5 Monaten ein Abort. 6 Monate

vor dem Eintritt in's Hospital bemerkte sie Brennen beim Urinlassen und ein Geschwür an der einen Schamlippe, bald darauf wurde sie von Halsschmerzen und von einem Hautausschlag über den ganzen Körper befallen. Zur selben Zeit Mattigkeit, allgemeine Abgeschlagenheit, Kopfschmerzen und Fieber.

Am 11. April. Mattigkeit, papulös-lenticuläres Erythem über den ganzen Körper und selbst im Gesicht; leichte Abschuppung am Kinn, Alopecie, Cervicaldrüsenanschwellung, erythematöse Röthe des Schlundes, Mandeln angeschwollen, etwas grau belegt, Plaques muqueuses am rechten Ohrläppchen. An der innern Seite des linken Schenkels in der Tiefe unter der Schenkelbeuge Schmerz; in der Gegend dieses Gelenks harte, rosenkranzförmige Inguinaldrüsenanschwellungen; ein Geschwür an der linken grossen Schamlippe.

Am 14. April leichte, gelbe Färbung, am deutlichsten an der Conjunctiva und im Gesicht ausgesprochene Färbung. Am 15. April Färbung deutlich icterisch.

Am 16. April: Harnuntersuchung weist Gallenfarbstoff nach.

Am 17. April. Der Icterus ist noch mehr ausgesprochen und über den ganzen Körper verbreitet; lebhafter Durst, fast kein Appetit; kein Erbrechen. Die Leber überragt die falschen Rippen fast um 2 Finger breit, dieselbe ist bei Druck schmerzlos. Der Hautausschlag ist noch sehr deutlich. Eine Pille Jodquecksilber; 2 Gläser Vichy. 19. April. Die Ulcerationen und die Plaques muqueuses sind gelb gefärbt.

25. April. Die Kranke klagt über das Zahnfleisch. Chlorkali.

26. April. Der Icterus nimmt ab, der Hautausschlag erblasst.

1. Mai. Der Icterus ist vollständig verschwunden, die Geschwüre an den grossen Schamlippen sind vernarbt.

4. Mai. Diarrhoe, Colik. Medicament ausgesetzt.

7. Mai. Die Kranke verlässt vollständig geheilt das Hospital. (Dr. Martel.)

Hierauf führt Lancereaux noch einen Fall von Martel und 2 eigene Beobachtungen an. Eine von ihm gegebene Zusammenstellung ergiebt 21 bekannte Beobachtungen, bei denen man im Beginn der secundären Periode oder im Verlauf derselben gleichzeitig mit einer neuen Hauteruption das Eintreten eines Icterus constatiren konnte. In allen diesen Fällen hat sich der Icterus nicht nur zu einer bestimmten Epoche, sondern auch mit einem eigenthümlichen Verlauf gezeigt. Die Kranken klagten über ein allgemeines Unwohlsein, ein Gefühl von Niedergeschlagenheit und Abgeschlagenheit, einen mehr oder weniger heftigen Kopfschmerz; sie waren müde, ohne Energie, ohne Appetit, mit Aufstossen und Erbrechen behaftet und oft von Fieber befallen. Im Allgemeinen haben diese Zufälle vor dem Verschwinden des Icterus aufgehört, obwohl Verdauungsstörungen zum Theil noch bestanden.

Die Hautfärbung war nie die eines Icterus, wie er einer Canalisationsstörung der Galle folgt; in seiner Intensität war er etwas verschieden; die Färbung näherte sich der des einfachen Icterus, der Urin und einmal auch der Speichel enthielten Galle. Dieser Icterus hatte keine lange Dauer, höchstens 20—30 Tage und verlief immer glücklich. Die Abwesenheit der bekannten, einen Icterus hervorrufenden Ursachen und der gleichzeitige Hautausschlag sprechen für einen Zusammenhang mit der Syphilis; Alcoholexcesse und Merkurialmisbrauch können als ätiologische Momente hier nicht angeschuldigt werden. LANCEREAUX stimmt der Hypothese bei, dass er durch eine Compression der Gallencanäle entstehe, die durch die Drüsenanschwellungen hervorgerufen würden; nach der Analogie in anderen Organen, z. B. der Haut, und durch die Section bei tertiären Syphiliserkrankungen der Leber findet er für seine Behauptung eine Stütze. Die Anschwellung der Leber und das dabei vorhandene Fieber führen zu der Annahme einer Hepatitis, aber keines dieser Symptome ist constant; der Fieberzustand hängt nicht von dem Vorhandensein des Icterus ab, er hängt von der Allgemeinerkrankung ab.

In Bezug auf die andere Theorie, dass die Leberentzündung durch Fortpflanzung von der Schleimhaut des Darms nach der Leber zu entstehe, ist zu bemerken, dass die Verdauungsstörungen nicht immer der Leberaffection vorangehen, ebenso dass die Diarrhoe verhältnissmässig selten ist. Vielleicht muss man beide Hypothesen vor der Hand annehmen.

Die hier beschriebene Form ist nicht die einzige, welche man auf Syphilis bezogen hat. Ohne jedoch von dem Icterus der tertiären Syphilisperiode hier sprechen zu wollen, soll hier erwähnt werden, dass einzelne Autoren (V. BLACHEZ, de l'ictére grave, Thése Paris 1860; FALIGAN, Thése de doct. Paris 1863, pag. 57; LEBERT, VIRCHOW's Archiv (von mir schon früher citirt) die Behauptung aufgestellt haben, dass unter dem Einfluss der Syphilis ein Icterus gravis sich entwickeln könne. LANCEREAUX bestreitet hier diese, namentlich von LEBERT vertretene Ansicht.

Pag. 181. Muskelaffectionen, Knochen- und Gelenkleiden, Hodenentzündung etc. etc.

Secundäre Gelenkerkrankung. Verschiedene Autoren schon vor ASTRUC hatten die Bemerkung gemacht, dass die Syphilis zuweilen die Gelenke befallen könne, sie hatten aber noch nichts davon gewusst, dass zwischen secundären und tertiären Gelenkaffection eine Verschiedenheit bestehe, welche Babington kennen gelehrt hatte. Es giebt nach diesem Autor eine unverkennbare Abhängigkeit der Gelenkaffectionen von der Periode des Zunehmens der allgemeinen Erscheinungen; gleichzeitig mit dem Halsübel ist in manchen Fällen die Synovialschleimhaut betheiligt und zwar mit einem mehr acuten Character, dasselbe ist der Fall mit den hierdurch hervorgerufenen Schmerzen, der

Schwellung, Röthe etc. Weniger acut, sondern langsamer ist der Verlauf bei den Fällen, wo die Kachexie schon besteht.

LANCEREAUX führt folgende Fälle an, die ich jedoch nur im Auszuge mittheile.

XIV. Beobachtung. B... 26 Jahr alt, ist seit 5 Monaten schwanger, letzte Menstruation den 20. Februar; 2 Monate später bemerkt sie ein Geschwür am Anus. Am 11. Juli wird eine Hauteruption von rothen Flecken zuerst bemerkt. 16. Juli Aufnahme in's Hospital. Am 17. Juli erzählt sie, dass sie seit 9. Juni ermüdet sei. Sie kann nicht aufrecht sitzen; Schmerzen in den Beinen; trotzdem aber ist kein Kopfschmerz vorhanden; zwei Plaques muquenses auf jeder grossen Schamlippe und Schleimtuberkeln am After; Schlund frei. Näher beschriebener syphilitischer Hautausschlag; keine Drüsenanschwellungen; einige Tage später ein einzelnes Ganglion in der Nähe des Musc. trapezius angeschwollen. Schmerzen in einer grossen Anzahl von Gelenken. Eine grössere Zahl von Gelenken ist angeschwollen; die Haut etwas geröthet, schmerzhaft; der Schmerz ist jedoch weniger lebhaft wie bei dem gewöhnlichen Rheumatismus. Die Kranke kann nicht gehen. Der Hautausschlag verbreitet sich nicht weiter. Kein Fieber. 2 Pilules de Dupuytren. Am 15. August verlässt die Kranke auf ihre Bitten das Hospital, nachdem sich die Erscheinungen nach und nach gebessert hatten.

XV. Beobachtung. Indurirter Schanker, erythematöse und papulöse Syphilide, zwei neue Schanker, deren einer phagedänisch ist, Recidive einer Roseola, Fieber und syphilitisches Gelenkleiden. M. X. ein Student der Medicin, steckte sich am 24. Juli 1863 durch einen indurirten Schanker an; die Frau, von welcher er sich denselben zuzog, war mit Drüsenanschwellung behaftet. Zwei Monate später hatte der Kranke Inguinaldrüsenanschwellungen erythematös-papulöse Syphilide. Pilules de Dupuytren während eines Monats und Schwefelbäder. Im Februar 1864 ein neuer Schanker (nach CULLERIER indurirtes Geschwür). Plaques im Mund; Fortsetzung der merkuriellen Behandlung. Im Juli 1864 entsteht ein phagedänischer Schanker: bald darauf eiternde Bubonen, welche geöffnet werden und nur sehr langsam heilen. Im November 1864 nach einem Excess in Vino et Venere zeigt sich eine Roseola, welche wenigstens drei Wochen besteht. Im Verlauf des Monat Januar 1865 Abgeschlagenheit, Mattigkeit, kurzdauerndes Fieber (fièvre par moments), leichte Bronchitis und Laryngitis. Zu gleicher Zeit erscheinen Schmerzen, welche sich in beiden Handgelenken localisiren. Dieselben schwellen sehr bald stark an, werden geröthet in der Form von disseminirten Flecken. Die Schmerzen sind heftiger während der Nacht und bei Bewegung und sind ruckartig, jeden Tag zwei Pillen von 0,025 Jodquecksilber: 14 Tage nach dieser Behandlung hören die Gelenkschmerzen auf; aber sie kommen nach $1^1/_2$ Monat wieder und localisiren sich hauptsächlich an den oberen Gliedmassen

und zwar an den Handgelenken; sie sind jetzt heftiger, aber die Anschwellung ist geringer: die fleckige Röthe besteht fort. Dieser 2. Nachschub in den Gelenken dauert 5—6 Tage. 1 Gramm Jodkalium wird täglich angewendet, und darnach tritt Besserung ein. Im April besteht kein Symptom mehr. Der Allgemeinzustand des Kranken ist ganz gut. LANCEREAUX citirt noch zwei Fälle, den einen von CHARCOT und den anderen von ihm selbst beobachteten. Eine Abhängigkeit der hier beschriebenen rheumatismusartigen Gelenkaffectionen von Syphilis ist ihm ausser allem Zweifel, und namentlich ausser verschiedenen anderen Umständen weisen die gleichzeitigen syphilitischen Hauteruptionen darauf hin. LANCEREAUX zieht nun eine Parallele zwischen den rheumatischen und syphilitischen Gelenkaffectionen, denen ich am Schluss noch den Passus entnehme: die secundär-syphilitischen Gelenkleiden sind, eben so wie die rheumatischen, multipel; die ersteren haben aber nicht jene Beweglichkeit wie die letzteren, sie dauern auch viel länger, wenn keine antisyphilitische Behandlung eingeleitet wird. Das Fieber bei diesen syphilitischen Localisationen ist übrigens weniger heftig wie bei den rheumatischen Erkrankungen, von welchen auch die gleichzeitigen übrigen syphilitischen Erscheinungen ein Unterscheidungsmerkmal geben.

Auf pag. 341 wird unter den gummösen Syphiliserkrankungen eines inveterirten Falles gedacht, den ich jedoch nur kurz erwähne: Schanker vor 8 Jahren, langbestehende Amaurose und eine Contractur mit halbseitiger Lähmung des linken Arms und Beins. Seit 10—14 Tagen hat der Kranke den Appetit verloren, gastrische Störungen und Schwächeerscheinungen, freiwilliges Urinabgehen, Fiebererscheinungen, welche des Nachts stärker werden, kommen hinzu. In der Kleidosternalgegend ein deutliches, ulcerirendes Gumma (also Zeichen einer fortschreitenden Syphilis). Am 17. November, 3 Tage nach der Aufnahme in's Hospital, klagt er über Kopfschmerz, die Haut ist heiss, Puls 100. Zunge belegt. Brechmittel. Am 21. unter epileptiformen Anfällen und Trismus erfolgt der Tod. Die Autopsie, die genau beschrieben ist, ergiebt eine seröse Cyste im vorderen, rechten Hirnlappen, Atrophie der Sehnerven, Atrophie des linken Pedunculus cereb. und derselben Pyramide; derselbe Zustand der Medulla auf der rechten Seite. Narben in der Leber und Gummigeschwülste dieses Organs.

Die syphilitischen Lungenaffectionen pag. 427.

Ein mehr oder weniger heftiger Husten und schleimeitriger Auswurf, Dyspnoe sind die wesentlichsten Erscheinungen, zuweilen (LEUDET und LANCEREAUX, Beobachtung 43) kann Hämoptöe dabei sein. Aber diese Merkmale bieten bis jetzt nichts Characteristisches, nichts Specifisches. Möglicherweise dürfte die mikroskopische Untersuchung des Expectorirten ein Merkmal geben. Unabhängig von Fieber kommen die erwähnten Erscheinungen gewöhnlich bei der tiefer fortgeschrittenen Cachexie vor. Es ist noch hervor-

zuheben, dass die verschiedensten (syphilitischen) Störungen noch fortbestehen, wenn die übrige Untersuchung (Auscultation u. s. w.) die Annahme der Vernarbung und Verheilung der Lungenaffection gestattet.

Auf pag. 439 ist eine Lungenaffection als chronische, syphilitische Pneumonie mit Sectionsbericht beschrieben. Tuberkulose ist nicht vorhanden, der eine Lungenlappen ist grün, marmorartig infiltrirt und indurirt. Fieber wird ausdrücklich als nicht vorhanden bezeichnet. Eine Rupia syphilitica lässt eine inveterirte Syphilis erkennen.

pag. 431. Ein Mädchen von 18 Jahren, dessen Vater syphilitisch gewesen sein soll, leidet an Knochenschmerzen, Alopecie, Angina, Taubheit, Fehlen der Menstruation, Hämoptöe; Zeichen von Cavernen. Autopsie ergab: Cavernen der Lunge der rechten Seite mit Pneumonie in der Nachbarschaft; Narben der Leber. Tuberkulose nicht vorhanden. Nachdem die Kranke schon verschiedene Affectionen der Lunge, Hämoptysen u. s. w. durchgemacht hat, wird sie in das Hospital am 9. März aufgenommen. In der rechten Lunge hört man ein cavernöses blasendes Geräusch, die linke bietet nichts Abnormes. Herz gesund; die Leber überragt den Thoraxrand. Fieber erst mässigen Grades, nimmt in den folgenden Tagen an Heftigkeit zu; kein Appetit, Abmagerung, Mattigkeit nimmt zu. Tod am 20. März 1861. LANCEREAUX hält diesen Fall für Syphilis. Wegen des Sectionsbefundes verweise ich auf das Original.

Pag. 434 wird ein Krankheitsfall mit Sectionsbericht beschrieben, bei welchem folgende Verhältnisse statt hatten: Tripper und Schanker vor einigen Jahren bei einem Mann von 42 Jahren; er kann sich keiner deutlichen Syphiliserscheinnngen erinnern; später Iritis, Hyperostose der Tibia, der allgemeinen Paralyse ähnliche Symptome, Verfall der Kräfte, Kachexie, Tod. Leichtere Veränderungen in der Hirnsubstanz, chronische Pneumonie und Gummata der Lunge, pigmentirte Choroiditis, Periorchitis. Während des Verlaufs der Krankheit war kein Fieber vorhanden, wie ausdrücklich hervorgehoben wird. In Bezug auf den Sectionsbefund verweise ich auf das Original.

Nach LANCEREAUX's Citat erzählt J. FRANK in seiner Pathologie der innern Medicin Tom. IV. pag. 267 folgende Notiz: »Anno 1785 virum placentissimum curavi, qui herpete venereo ad perinaeum laborans, simul ad pectus dextrum de dolore conquerebatur, et post praegressa jam sputa sanguinis, cumque febri lenta et emaciatione, sputabat exigua sputa purulenta cum punctis sanguineis saepe remixta.» . . . . . «Curam mercurialem adhibui et sputa et dolores pectoris plurimum diminuebantur, febris lenta disparuit successive et vires et naturalis forma emaciato corpori satis bene iterum restituebantur.«

Rich. MORTON und HOFFMANN haben nach LANCEREAUX jeder einen fast

gleichen Fall beobachtet. Ob Fieber dabei gewesen ist, kann ich nicht angeben, weil mir das Original nicht zugänglich war. Aus den Fällen von LAGNEAU geht nicht hervor, ob Fieber vorhanden war, und in dem noch hier erzählten Fall von LEUDET und dem von GUBLER ist Fieber nicht erwähnt. Die Kranken, welche an Lungenaffectionen litten, welche als syphilitisch aufgefasst werden mussten, genasen sehr rasch durch Jodkali. In den noch auf pag. 438 und 439 beschriebenen ähnlichen Fällen wird die Existenz von Fiebererscheinungen ebenfalls nicht erwähnt. LANCEREAUX macht nun hier die Schlussbemerkung, es seien zwar die anatomischen Unterlagen nicht überall zu controliren, doch dürfe man der Wichtigkeit des Gegenstandes seine Aufmerksamkeit nicht versagen.

Die Affectionen des Gehirns und seiner Häute.

Auf pag. 443 finden wir folgende Notiz: Ein Mann von 40 Jahren, kräftiger Constitution, leidet an syphilitischen Geschwüren des Gaumensegels und an syphilitischer Ozäna; Knochenschmerzen im Kopf und den Extremitäten, Schwindel, Schwäche in den Gliedern und Taubheit des rechten Ohrs. Später wird er von heftigen epileptiformen Krämpfen befallen, Fieber kommt hinzu, darauf Coma und Tod.

Aus der Autopsie hebe ich hervor: Gehirnerweichung und in der rechten Felsenbeingrube findet sich ein taubeneigrosser Tumor von der Beschaffenheit eines Gumma: da wo der Tumor aufsitzt, ist der Knochen entblösst. Keine apoplectischen Herde.

Pag. 523 erzählt LANCEREAUX einen von GRISOLLE beobachteten Fall von Syphilis, welcher mit Fieber verlief.

R. BERG, Bericht über die zweite Abtheilung des allgemeinen Hospitals in Kopenhagen 1867. Referirt in dem Jahresbericht über die Leistungen pp. Von VIRCHOW und HIRSCH III. Jahrgang, Bericht für 1868 II. Bd. II. Abtheil. pag. 584 Syphilis.

BERG sah bei 20 Scortis die Syphilis in ihrem ersten Ausbruch. Prodrome fehlten nur in zwei Fällen; besonders trat der Kopfschmerz hervor, der nur in einem Fall fehlte. Die Anaphrodisie schien in drei Fällen sehr ausgeprägt. Die in der Vagina angestellten Temperaturmessungen gaben nur in einem Fall mit stark ausgeprägten Prodromen eine erhebliche Erhöhung der Temperatur bis 39,70. Puls 104—108.

Nur bei zwei Individuen verschwanden die Prodrome mit dem Erscheinen der Eruption; in einem Fall schienen sie erst mit dieser letzten zusammen aufzutreten. Weder jetzt noch früher ist jemals vom Verfasser Eiweiss im Urin gefunden, noch in irgend einem Fall von frischer Syphilis Eiweiss nachgewiesen worden.

Eine Hauteruption fehlte nur in 3 von 20 Fällen. Dieselbe trat in den 8 Fällen als Roseola auf, in 10 Fällen war sie theilweise oder ganz papulös.

Erythem der Mundschleimhaut fand sich bei 14 Individuen vor, öfter mit Epithelverdickungen und Geschwulst der Tonsillen ohne geschwollene äussere Drüsen.

BERG stellte ebenfalls, wie ich früher gethan, Temperaturmessungen mit dem Thermometer an. Wir könnten hier vielleicht aus dem seltenen Vorkommen eines so hohen Fiebers, wie es von BERG beschrieben wird, auf ein seltenes Vorkommen überhaupt schliessen. Allein die fehlenden Angaben über Therapie lassen hier kein sicheres Urtheil zu.

In der Gaz. des hôp. vom Jahre 1867—68 pag. 270 (Thèses de Paris 1864 Dubuc) finden wir von Déprés referirt folgende Publication, die ich hier übersetzt wiedergebe.

«In der zweiten Beobachtung handelt es sich um einen Herrn, welcher sich in Italien 1857 am Penis ein Geschwür zugezogen hatte. Er nahm damals während eines Monats Quecksilber. Am 15. Mai 1861 zeigte sich vom Neuen eine wunde Stelle am Penis. CULLERIER diagnosticirte einen weichen Schanker. Anfang Juni erschien nichtsdestoweniger ein Hautausschlag und Ecthyma an den Beinen und hierauf Fieberanfälle und zunehmende Anämie. Nach Quecksilberkuren wurde der Kranke geheilt.» Das nicht näher beschriebene Fieber ist hier der Angabe zufolge n a c h dem Erscheinen des Hautausschlags aufgetreten. Ob vielleicht das Fieber schon vorher begonnen hat, da eine thermometrische Messung zu vermissen ist, bleibe dahingestellt. Die Krankengeschichte ist aber insofern interessant, als wir hier ein Beispiel von Fieber bei syphilitischem E c t h y m a haben.

Hierauf füge ich einen Fall von Syphilis hinzu, welchen FOURNIER beobachtete und als syphilitische Gelenk- und Sehnenscheidenentzündung auffasste. Die Sehnenscheidenentzündung trat kurz nach der Ausbildung des Hautausschlags und der gleichzeitig vorhandenen Syphilissymptome auf. Das dabei beschriebene Fieber wurde nicht ausdrücklich zur Zeit des Hautausschlags erwähnt, sondern entsprach hier der Zeit und dem Grade der Entzündungserscheinungen. Das Fieber wird hier intermittirend genannt.

FOURNIER, Gaz. hebdom. 1868. No. 41 p. 646.

Secundäre Syphilis, multiple Erscheinungen, Gelenkschmerzen mit Anschwellung des Knies, intermittirendes, syphilitisches Fieber, Synovitis der Extensorsehnen der grossen Zehen und der Sehne des Biceps brachii u. s. w.

«C. M. 27 Jahr alt, wird am 25. August 1868 in das Hospital de Lourcine aufgenommen. Die Frau ist mittelkräftig, blass, war bisher immer gesund und hatte nie an Rheumatismus gelitten. Sie will seit ungefähr einem Monat krank sein, sie bemerkte seit dieser Zeit nämlich Geschwüre an den Genitalien. Sie war bisher ohne innere Behandlung. Es fanden sich bei der Untersuchung in der Scheide mehrere indurirte Schanker, sowie sehr ausgesprochene Inguinaldrüsenanschwellungen. Behandlung, Bäder, Waschungen.

Am 1. September klagt die Kranke über Kopfschmerzen, welche seit einigen Tagen schon bestanden. Auftreten eines erythematösen Syphilids mit einigen krustösen Papeln; acneartige Krusten auf der Kopfhaut, Halsschmerz, Röthung des Schlundes ohne Geschwüre. 1 Pille von 5 Centigramm Protojoduret.

An den folgenden Tagen breitet sich der syphilitische Hautausschlag weiter aus.

Am 6. September lebhafte Schmerzen im linken Knie, welche spontan sind, aber durch das Gehen, durch Bewegungen und Druck gesteigert werden; hierselbst ist diffuse Anschwellung vorhanden. Verfasser glaubte eine leichte diffuse Gelenkanschwellung constatirt zu haben, war aber sehr verwundert, dass bei Druck der lebhafteste Schmerz an den Ansatzpunkten des Musculus biceps und semimembranosus begrenzt vorhanden war. Therapie im Gleichen: ausserdem Chloroformliniment und Laudanum; Ruhe.

Am 7. September. Die Knieanschwellung ist unzweifelhaft. Behandlung im Gleichen.

Am 10. Sept. Die verschiedenen Symptome beginnen abzunehmen, und an den folgenden Tagen ist die Schwellung ganz verschwunden, es ist nur noch etwas Schmerz in der Umgebung des Gelenkes vorhanden. Wegen Schwellung des Zahnfleisches wird der Merkur ausgesetzt. Im Verlauf der nächsten Woche traten wieder Kopfschmerzen ein, welche regelmässig um 6 Uhr Abends anfingen und die ganze Nacht hindurch anhielten, dazu intermittirendes, nächtliches Fieber, welches durch Frost, Hitze und Schweiss characterisirt war. Die Kranke hat nie an Sumpffiebern gelitten, noch in Sumpfgegenden gelebt, Der syphilitische Hautausschlag hat abgenommen, die Scheidengeschwüre vernarben nur langsam. Behandlung, täglich 1 — 2 Gramm Jodkali.

Ausserdem trat gegen den 25. September noch folgende Erscheinung ein, welche sich bis zum 28. September weiter entwickelte. Lebhafte Schmerzen im linken Fuss machen das Gehen fast unmöglich; diese Schmerzen sitzen am unteren Theil der Tibia nach vorn in der Nähe des Tibiotarsalgelenks. Hier liess sich nun eine ziemlieh deutliche, längliche, 4 — 6 Centimeter in der Länge, 2 — 3 Ctm. in der Breite haltende Anschwellung bemerken. Nach unten ist diese Anschwellung plötzlich unterbrochen, als ob sie durch einen Ring abgeschnürt wäre, und Verfasser glaubt auch, dass diese Geschwulst durch das Ligament. dorsal. des Tarsus hier abgeschnürt und unterbrochen ist. Diese Anschwellung folgt genau dem Verlauf der Sehnen des Extensor communis der grossen Zehe; sie ist bei Berührung schmerzhaft, sie zeigt Fluctuation. Die Haut darüber ist nicht entzündet. Die Kranke kann die anderen Zehen nicht bewegen. Bei Bewegung der 2. und 3. Zehe empfand die Kranke einen lebhaften Schmerz, dessen Sitz von der Geschwulst ausging.

Seit letzter Nacht noch Schmerz im Ellenbogen. Der Arm kann nicht gut ausgestreckt noch gebeugt werden. Keine Anschwellung in der Umgebung des Gelenks. Bei Druck ist nur eine einzelne Stelle, die Sehne des Musculus biceps schmerzhaft. Der Schmerz ist aber ganz besonders bei Ausstreckung und forcirter Pronation bemerklich. FOURNIER sagt: «Zweiffellos ist der Sitz des Schmerzes in den Sehnen des Biceps.« Behandlung: Jodkali 2 Gramm, Chloroform und Opium.

Am 29. Keine Veränderung.

Am 30. Die Geschwulst, welche über dem Ligament. dorsal. des Tarsus liegt, hat abgenommen; es findet sich hier nur noch eine leichte ödematöse Anschwellung. Bei Druck ist kaum noch Schmerz vorhanden. Dagegen unter diesem Ligament am äusseren Drittheil des Fussrückens besteht seit gestern eine sehr merkliche Anschwellung mit Röthung der Haut und Oedem; Druck verursacht lebhaften Schmerz. An einer Stelle befindet sich Fluctuation, besonders wenn der Fuss ausgestreckt ist. Fieberlosigkeit. Behandlung im Gleichen.

Am 2. October. Die Schwellung des Fusses hat zugenommen, der ganze Fuss ist davon befallen; Hautdecke ist geröthet; beträchtliches Oedem; in der Tiefe Fluctuation, spontane Schmerzen, Schlaflosigkeit, ebenso Schmerz bei Druck, Jodkali, Kataplasmen. Die Kranke bleibt in Beobachtung.«

Ueber Combination von Blattern und Syphilis. Von Dr. STOEHR. Deutsches Archiv für Klin. Medicin 1868. Band 4. Pag. 487.

Hier wird ein Fall von Blatternausschlag erzählt. Der Ausschlag trat nach der Anamnese unter Fieber auf. Bei der Aufnahme in's Hospital schwankte die Temperatur noch zwischen 39,7 und 38,5. Bei dem weiteren Verlauf nahmen die Blatterneffloreszenzen einen Verlauf, der zu der Ueberzeugung führte, dass der Kranke, welcher eine Infection leugnete, auch an Syphilis erkrankt sei. Eine antisyphilitische Kur wurde eingeleitet. Es fehlte Schanker oder irgend ein örtliches Symptom, welches einen Anhalt über die Uebertragungsstelle gegeben hätte. Ohne die Combination von Blattern und Syphilis anzweifeln zu können, fragen wir jedoch, ob bei dieser erwähnten nachträglichen Temperatursteigerung, welche als Suppurationsfieber der Variola recht gut gelten kann, etwa die Syphilis einen Antheil genommen habe? Wir registriren hier die Behauptung, welche von verschiedenen Autoren angegeben wird, dass bei der Vaccination mit latenter Syphilis behaftete Individuen, die latente Syphilis rebellisch wird und rasch Fortschritte macht. Es könnte dasselbe Verhalten eben auch bei einer Combination von Blattern und Syphilis möglich sein.

Zwei Fälle von weichem Schanker. C. J. WUNDERWALD. Leipzig. Diss. inaug. 1868. pag. 4.

Wir hatten vor einiger Zeit Gelegenheit im Krankenhause zu St. Georg

in Leipzig an einem 21jährigen Mädchen, welches ein Geschwür in der Fossa navicularis hatte, das alle Eigenschaften eines weichen Schankers darbot, unsere Erfahrungen in dieser Hinsicht wider Vermuthen durch den Obductionsbefund zu bereichern, und wollen im Folgenden unter Hinzuziehung eines ebenfalls im Georgenhause beobachteten Falles wegen des besonderen Interesses, welches sie darbieten, einen Beitrag für unsere Ansicht liefern, dass zur Hervorrufung luetischer Erscheinungen nicht immer ein sogenanntes induririrtes Geschwür vorhanden gewesen sein muss.

Fall I.

»Emilie B. aus G. bei Leipzig, 21 Jahr alt, Dienstmädchen, ist geimpft, überstand als Kind die Masern, von da ab war sie gesund bis 6. September 1866, wo sie von der Cholera befallen bis 24. October krank gelegen; von da ab gesund bis August 1867. Am 10. August wegen Syphilis in's Georgenhaus gebracht, bot sich bei der Untersuchung ein groschengrosses Geschwür in der Fossa navicularis, welches alle Eigenschaften eines weichen Schankers zeigte und eine geringe Anschwellung von Lymphdrüsen in der linken Leistenbeuge dar. Das Geschwür wurde örtlich erfolgreich mit Argent. nitric. behandelt und war nach 3 Wochen vollständig geheilt. Die linksseitige Inguinaldrüsenschwellung war unter der Behandlung mit Kataplasmen zurückgegangen; dagegen war eine Schwellung rechterseits eingetreten, welche bei ihrer Maturation incidirt eine reichliche Menge zähen, dicken, mit Blut untermischten Eiters entleerte. Das hieraus sich entwickelnde Geschwür zeigte einen misfarbigen speckigen Grund und keine Tendenz zur Heilung. Anfangs September, nachdem die B. unmittelbar vorher noch in regelmässiger Weise menstruirt hatte, begann sie über starke, von der Stirn nach dem Hinterkopf ziehende Schmerzen, ferner über Flimmern vor den Augen, periodische Schmerzen im rechten Hypochondrium, die sich bei Druck vermehrten, zu klagen. Der Appetit verlor sich, die Kräfte nahmen ab, es traten abwechselnd Frösteln und Hitzegefühl ein, welches letztere meist von starken Schweissen gefolgt war. Die Nächte verbrachte die Patientin unruhig. Das Frösteln wiederholte sich und blieb nach Ausbruch eines am 20. September deutlich hervortretenden Exanthems aus. Ohne bekannte Ursache entwickelte sich ungefähr zu derselben Zeit ein schwacher Icterus, der mit gelblicher Färbung der Conjunctiva Bulbi beginnend, allmählig das Gesicht und den ganzen übrigen Körper überzog. Neben diesen Erscheinungen war seit Mitte September ein starkes Ausgehen der Haare zu bemerken. Rachenaffectionen waren nicht vorhanden, keine Drüsenanschwellungen ausser den bereits erwähnten. Seit 5. October bettlägerig.

Status am 6. October 1867, Mittags.

T. 31,4. P. 104 regelmässig, voll. R. 18.

Patientin ist mittelgross, dürftig genährt, Muskulatur schwach, Lage herabgesunken, Haut schlecht angeheftet, Unterhautzellgewebe fettarm, Colorit der Haut schmutzig gelb, im Gesicht, auf der Brust und den Extremitäten zeigen sich gegen 40 linsen- bis groschengrosse, konisch gestaltete Krusten, welche ziemlich fest adhärirend bei ihrer Entfernung eine kleine Geschwürfläche hinterlassen. Ausserdem findet man über den ganzen Körper verbreitet, am zahl-

reichsten in der Unterbauchgegend, knapp linsengrosse, scharf umschriebene, nicht confluirende, schmutzig roth gefärbte, bei Druck verschwindende, meist etwas erhabene Stellen.

Kopfhaut intensiv gelb, Haare noch ziemlich reichlich, Conjunctiva Bulbi gelb, Conjunctiva palpebr. hyperämisch, Pupillen gleich weit, gut reagirend, Sehvermögen gut, keine Xantopsie, Gehör gut, Lippen trocken, roth, Zahnfleisch roth, nicht aufgelockert, Zunge wenig belegt, nicht zitternd, wird gerade herausgestreckt, Rachentheile mässig injicirt, keine Ulcerationen daselbst, keine Schlingbeschwerden, Stimme nicht belegt.

Hals normal lang, nirgends schmerzhaft, Drüsen daselbst nicht geschwollen.

Thorax ziemlich gut entwickelt.

Percussion: Rechts bis obern Rand der 6. Rippe voll und hell, links ebenso bis zum obern Rand der 4. Rippe.

Herzdämpfung vom obern Rand der 4. Rippe bis untern Rand der 5., vom linken Sternalrand bis 1" innerhalb der Papillarlinie nach links.

Auscultation der Lungen normal.

Herztöne rein, 2. Pulmonalton nicht accentuirt.

Rücken: Wirbelsäule gerade, bei Druck nicht schmerzhaft.

Perc. und Ausc. normal.

Leib mässig aufgetrieben, rechts bei Druck schmerzhaft. Percussionston überall tympanitisch. In der rechten Leistengegend eine gegen ½ □" grosse, länglich runde Geschwürsfläche mit misfarbigem speckigem Grunde, die Lymphdrüsen geschwollen.

Leberdämpfung vom obern Rand der 6. Rippe bis 1" unter den Thoraxrand.

Milz vergrössert.

Genitalien: Das oben erwähnte Geschwür in der Fossa navicularis ist vollständig verheilt, ohne eine Induration hinterlassen zu haben; ausserdem ist nichts Abnormes zu bemerken, Extremitäten ohne Abnormität

Harn ohne Eiweiss, ohne Sedimente, reagirt sauer, Gallenfarbstoffreaction sehr deutlich. Stuhl thonartig, von penetrant fötidem Geruch.

VERLAUF.

1. October: Früh. T. 30, 6 P. 112. R. 16.

Patientin ist vergangene Nacht öfter aus dem Bett gestiegen, hat den Urin in die Stube gelassen. Nachts 2 Uhr soll sie zuletzt aufgestanden und darauf unbesinnlich geworden sein, die Wärterin nicht mehr gekannt und auf an sie gerichtete Fragen keine Antwort gegeben haben. Morgens war sie in einem halbbewusstlosen Zustande. Auf starkes Anreden antwortete sie nach langem Besinnen leise und kurz. Gesichtszüge apathisch, ohne verfallen zu sein, bei Druck auf die Lebergegend schmerzhaftes Verziehen der Gesichtszüge, keine Lähmungserscheinungen. Icterus und Exanthem im Gleichen. Kein Harn, kein Stuhl.

Abends T. 31, 4. P. 114. R. 20.

Patientin lag herabgesunken da mit angezogenen Schenkeln, sprach selbst auf starkes Anreden nicht mehr, stiess öfters unartikulirte Laute aus. Beide Wangen stark livid geröthet, untere Augenlieder ödematös, Lippen trocken, livid; Zunge trocken, wenig belegt. Keine Lähmungserscheinungen. Icterus und Exanthem im Gleichen. Blutabgang aus den Genitalien und gleichzeitig

geringes Nasenbluten. Percussion und Auscultation der Brust und Unterleibsorgane im Gleichen. Harn zum Theil in's Bett gelassen. Kein Stuhl.

8. October. Früh 7 Uhr T. 32, 6 P. 120 R. 38.
Früh 10 Uhr T. 33,4.

Patientin hat auf zwei subcutane Morphiuminjectionen und Eisblase auf den Kopf bis früh 4 Uhr mehr Ruhe gehabt, hat auch geschlafen, von 4 Uhr an hat sie noch einige Male geschrieen, ist aber dann in soporösen Zustand verfallen. Harn und Stuhl in's Bett. Icterus im Gleichen, Exanthem abgeblasst, Wangen und Lippen im Gleichen livid. Lage herabgesunken, Schenkel gestreckt. Starkes Trachealrasseln; Eintritt der Agone. Tod 12½ Uhr Mittags.

Sectionsbericht.

Körper mittelgross, dürftig genährt. Haut deutlich gelb, an allen Stellen und im Ganzen ungefähr 40 linsen- bis fast groschengrosse Erhebungen darbietend, die theils nur eine geringe Abschilferung, theils mässige Krustenbildung und stets eine rothbraune Färbung zeigen. Auf dem Durchschnitt ist das Corium deutlich infiltrirt, braunroth und weicher. Reichliche mässig dunkle Todtenflecke, Geringe Starre. Unterhautzellgewebe fettlos, deutlich icterisch, Muskeln deutlich gelblich, spärlich, weicher. In der rechten Leistengegend eine gegen ½□″ grosse, länglich runde Geschwürsfläche, die mit einer mässig vergrösserten, schwach eitrig infiltrirten Lymphdrüse zusammenhängt. Die übrigen Lymphdrüsen fast doppelt grösser, zum Theil deutlich icterisch. Die subcutanen und tiefen Venen dieser Stelle normal.

Schädeldach an der Aussenfläche normal, normal dick; die Innenfläche fest mit der harten Hirnhaut verwachsen, entsprechend sämmtlichen Arterien an der Innenfläche, vorzüglich stark in der Schädelgrube und entsprechend der Arteria mening. med. findet sich eine gelbliche, bis ¼‴ hohe, den feinen Gefässverästelungen folgende Neubildung von Knochengewebe. Gefässäste stark erweitert und blutreich.

Die Aussenfläche der dura mater, die selbst schwach icterisch und wenig verdickt ist, zeigt noch sehr viele den Knochenneubildungen folgende, von Kalksalzen durchsetzte Auflagerungen. Die weichen Hirnhäute sind sehr blutreich. Die Hirnsubstanz ist weicher, blutreich; aus den kleinen Gefässen tritt bei seitlichem Druck eine dünne, gallige Flüssigkeit und erst bei stärkerem entleert sich in der Mitte dieser Tröpfchen gewöhnliches, dunkles Blut. Uebrigens ist die Hirnsubstanz ohne besondere Abnormität. Schädelsinus und Hirnarterien normal.

Schleimhaut der Mund- und Rachenhöhle deutlich icterisch, das folliculäre Gewebe der Zungenwurzel geschwollen, die Schleimhaut des weichen Gaumens dicker, stark injicirt, ohne Geschwüre, die des Pharynx und des obern Theils des Larynx ebenso. Das rechte Ligam. ary-epiglottic. mässig ödematös; die Schleimhaut des untern Theils des Larynx und des obern der Trachea hyperämisch und gleichfalls geschwollen. Halslymphdrüsen schwach vergrössert, Schilddrüse normal.

In der linken Pleurahöhle spärliche, schwach gelbe Flüssigkeit. Lunge frei, der obere Lappen mässig blutreich, deutlich icterisch, überall lufthaltig in seinem hintern Theil, zunächst der Spitze des untern Lappens zahlreiche, bis erbsengrosse, erhabene, schwarzrothe Stellen von schwarzer Begrenzung und luftleer. An der Basis des untern Lappens mehrere 2—4‴ im Durchmesser

haltende, gleich schwarzrothe, luftleere Stellen. Weiter nach oben im Lungengewebe eine grössere Anzahl gleicher Stellen, und besonders ist die hintere Lungenwand fast bis zur Dicke eines Zolles in gleicher Weise infiltrirt. Schleimhaut der Bronchien überall stark injicirt, deutlich geschwollen. Bronchialdrüsen und Lungenarterien normal.

Die rechte Lunge verhält sich in allen wesentlichen Stücken wie die linke. Der untere Lappen hat noch zahlreichere Hämorrhagieen und mehrere kleine pneumonische Stellen. Bronchien etc., wie links. Im Herzbeutel eine geringe Menge icterischer Flüssigkeit. Auf dem Visceralblatt kleine frische Hämorrhagieen. Herz verhältnissmässig etwas vergrössert, ziemlich fest; im linken Herzen spärliche icterische Gerinnsel, unter dem Endocardium kleine, frische Hämorrhagieen; die durchscheinende Muskulatur grösstentheils exquisit gelb; im rechten Herzen reichliche gleiche Gerinnsel, unter dem Endocardium keine Hämorrhagieen. Herzfleisch beiderseits normal dick, im höchsten Grade anämisch, grösstentheils graugelb; im Innern des Herzfleisches keine Hämorrhagieen, aber einzelne mehr gallig gefärbte Stellen. Linksseitige Klappen schwach verdickt; Aorteninnenfläche stellenweise fettig entartet.

Im Eingange des Oesophagus zwei $1/4$ und $1/2 \square''$ grosse, rundliche, flache Erosionen. Die übrige Trachea wie der Anfangstheil, ebenso die grossen Bronchien.

Bauchhöhle ohne Flüssigkeit. Bei Druck auf den Ductus choledochus entleert sich auf der Dünndarmoberfläche eine schwach gallig gefärbte, graue, schleimige Flüssigkeit. Dieselbe findet man in geringerer Menge in dem Ductus cysticus und Ductus hepaticus. Die Schleimhaut dieser Gänge ist schwach injicirt, wenig geschwollen. Die Gallenblase enthält circa eine Unze theils graue, theils graugrüne schleimige Flüssigkeit; ihre Schleimhaut ist stark geröthet und geschwollen.

Die Leber ist etwas grösser, ziemlich fest anzufühlen, auf dem Durchschnitt aber sehr schlaff, weich, blutarm, ihr Gewebe undeutlich acinös, die Acini zeigen ein gelbes Netzwerk mit kleinen, rothen Lücken. In dem Netzwerk scheint meist die Centralvene zu liegen; dabei ist die Leber überall feucht und entleert beim Darüberstreichen eine gelblich röthliche, schmierige Flüssigkeit. Der linke Leberlappen und der angrenzende Theil des rechten sind nahezu normal, fester, viel weniger icterisch. Die Gefässe im Innern der Leber sind sämmtlich weiter; an den Gallengefässen keine besondere Abnormität, nicht einmal auffallend reichliche Anfüllung mit Galle, viele erscheinen sogar leer. Während der grössere Theil des rechten Lappens ziemlich gelb ist, ist ein Theil desselben ziemlich stark geröthet, ödematös, zum Theil sogar fester.

Milz gegen doppelt grösser, von normaler Consistenz, ihre Kapsel nicht gefaltet, ihr Gewebe grösstentheils braunroth mit dicken, den Gefässscheiden entsprechenden, deutlichen, weissen Streifen, dabei ist die Milz eher fester und blutarm. Pankreas ziemlich gross, weich, grösstentheils anämisch.

Die linke Niere ist um die Hälfte grösser, dicker, ihre Kapsel etwas hyperämisch, schwerer abziehbar. Nierenoberfläche gelbroth; Rinde fast um die Hälfte breiter, gelbroth, homogen, weicher; Pyramiden grösser, ihre Basis ist rothbraun, während ihr übriger Theil gelblich ist. Das Bindegewebe des Beckens und der Kelche ödematös. Die rechte Niere ist weniger gross, sonst wie die linke.

Die Harnblase ist normal. Der Uterus ist normal gross, schlaff, seine

Körperhöhle etwas weiter, geringe Blutgerinnsel enthaltend, seine Schleimhaut blutig infiltrirt, der Cervix normal, beide Tuben etwas weiter, in ihren Höhlen eine galliggrüne, eitrige Flüssigkeit.

Im Magen nur einzelne kleinere Hämorrhagieen, sonst normal. Duodenum in seiner ganzen Schleimhaut stark geschwollen und erröthet. Dünndarm normal weit, mässig reichliche, theils graue, nur wenig grüne, theils stärker grün gefärbte, dicke, schleimige Flüssigkeit enthaltend. Die Schleimhaut meist blass, nur zum Theil stärker injicirt, an einzelnen Stellen mit frischen, kleinen Hämorrhagieen; zahlreicher finden sich letztere auf der Serosa des Dünndarms und des Mesenteriums.

Im Dickdarm finden sich spärliche, schwach gallig gefärbte, feste Faeces; seine Schleimhaut mit spärlichem, glasigen Schleim bedeckt, sonst normal.

An den äussern Genitalien keine Abnormität mehr.

Es wäre nun interessant zu wissen, in wie weit der im erten Falle gegen den letzten Ausgang hin beobachtete Icterus gravis von der Syphilis abhängt, oder in wie weit er als eine selbstständige intercurrirende Erkrankung zu betrachten sei; doch wird sich, trotz des vorliegenden Sectionsberichtes, diese Frage schwer mit Sicherheit erledigen lassen. Zwar fand man in der Leber und in den Gallenwegen verschiedene Störungen, nirgends aber zeigten sich diejenigen Veränderungen, welche mit Sicherheit auf nichts Anderes als auf Syphilis bezogen werden könnten, und namentlich fehlten alle diejenigen Producte der gedachten Dyskrasie, welche Wagner als Syphilome bezeichnet. Dass aber dieser Icterus mit der bestandenen constitutionellen Erkrankung in einem ursächlichen Zusammenhang gestanden habe, scheint uns über allen Zweifel deshalb erhaben, weil wir eine von den sonst gewöhnlichen Gelegenheitsursachen zur Hervorrufung von Icterus, als Aerger und sonstige Gemüthsaufregungen oder andere mechanische Behinderungen der Gallenausscheidungen ausser einem sehr kleinen Schleimpfropf im Ductus choledochus nicht zu constatiren hatten, und weil ferner die Erkrankung der Schleimhäute bei Syphilis etwas Gewöhnliches ist und durch Fortsetzung einer catarrhalischen Entzündung des Dünndarms auf die Gallenwege in Folge der Auflockerung und Wulstung der Schleimhaut der letzteren sehr leicht eine Verhinderung der Gallenexcretion hervorgerufen werden kann.«

Ueber die Behandlung der Syphilis durch subcutane Sublimatinjectionen. Von Dr. Aug. Stoehr. Deutsches Archiv für klin. Medicin. 1869. 5. Band. pag. 420. Stoehr äussert sich in folgender Weise:

»Es ist bekannt und durch einige in der Literatur niedergelegte Curventabellen mit der nöthigen Beweiskraft festgestellt, dass während der ganzen Eruptionsdauer einer frischen Syphilis oder einer erneuten Recidive mässige Fieberbewegungen stattfinden. Eine grössere Anzahl von Temperaturmessungen hat mir das Material geliefert, einen gewissen Typus in diesen pyretischen Erscheinungen, besonders ein rasches und in einzelnen Fällen bedeutendes Ansteigen der Eigenwärme gerade für die ersten Symptome der syphilitischen Allgemeinerkrankung, für die Angina, die Roseola mit Sicherheit constatiren zu können. Dieses ohnehin vorhandene Fieber der Syphilitischen scheint nun durch die Sublimatinjectionen in beträchtlicher Weise vermehrt zu werden: sei es nun, dass unter der Beeinflussung dieses Medi-

caments die ohnedies vorhandenen Fieberexacerbationen dann potenzirter zu Tage treten, oder was mir annehmbarer erscheint, dass sich zu dem die Syphilis begleitenden Fieber das mit den Quecksilberintoxicationserscheinungen einhergehende Fieber hinzuaddirt. Sicher wenigstens ist es, dass ich bei den in der Injectionsbehandlung befindlichen Patienten Temperaturmaxima erhielt (bis zu 39,5 und 40° C.), wie ich sie bei Syphilitischen, die überhaupt keiner oder einer anderen Therapie unterworfen waren, unter einer grossen Zahl von Messungen niemals beobachtete. Das Verhalten des Pulses entsprach dem Gange der Temperatur und wurde noch ausserdem durch die einzelnen Sublimatinjectionen in der Weise beeinflusst, dass unmittelbar darauf der Puls um wenige Schläge sank und auf der Höhe des Schmerzparoxysmus eine Frequenz erlangte, die jene der Zeit vor der Injection im Mittel um 10 bis 12 Schläge überstieg. Bei schwächlichen, sensiblen Individuen, vorzugsweise bei den weiblichen Kranken wurden die höchsten Werthe von Puls und Temperatur erreicht.

Syphilitische Hepatitis mit Pylethrombosis. Aus Prof. TOMMASI's Klinik in Neapel. Von Diego Coco. Morgagni VII. 5. 1865 und Schmidts's Jahrb. 1865. 12. Med. Jahrb. 1869. XVII. Bd. II. Heft. «Br. Mutter von 12 Kindern, von denen noch 6 leben, während die übrigen theils todt geboren, theils frühzeitig gestorben sind, zog sich vor 18 Jahren ein syphilitisches Geschwür zu und bekam bald darauf eine Hauteruption, welche sich auf das inzwischen geborene Kind übertrug. Nachdem sie jedoch eine eingreifende Kur überstanden, zeigten sich keine weiteren Spuren von Syphilis. — Seit 4 Jahren bemerkt sie eine völlig schmerzlose Schwellung der Leber und litt fast unausgesetzt an Kopfschmerzen. Bald darauf stellte sich icterische Hautfärbung ein. Seit Ostern 1864 trat oft ein leichtes Fieber ein; allgemeine Schwäche und Hinfälligkeit gesellten sich hinzu. Bei der Aufnahme am 15. Februar 1865 war der Icterus deutlich ausgesprochen, Puls 108, Temperatur normal. Die linke Lungenspitze, etwas eingesunken, bewegte sich weniger beim Athmen, und man hörte daselbst verschärftes Athmen und etwas Rasseln. Die Leber beträchtlich vergrössert, ihr unterer Rand deutlich fühlbar, unregelmässig gezähnelt; die Vorderfläche zeigte deutlich fühlbare Knoten und Granulationen. Die Milz hart 4″ hoch, ragt nach vorne bis zur linken Parasternallinie. Geringer Ascites. Urin spärlich, enthält Gallenfarbstoff, aber kein Eiweiss. Stuhl hart und farblos, kreideähnlich; die Diagnose schwankte zwischen syphilitischer Hepatitis und Krebs; es wurde jedoch für letztere Affection entschieden. Die Verdauungsstörungen, der Ascites und der Icterus nahmen rasch zu. Am 20. Februar traten unter Frost und Hitze Schmerzen in der Lebergegend auf. Am 22. Ödem an den Beinen. Der Auswurf war schleimig und blutig und zeigte unter dem Mikroskop elastische Fasern, zerstörte Alveolen, Blutkörperchen und Fetttröpfchen. Am 1. März hatten alle Beschwerden, namentlich der Ascites, sich sehr gesteigert,

Urin eiweissartig. Punction des Ascites. $15\frac{1}{2}$ Liter Flüssigkeit wurde entleert. Momentane Erleichterung; darauf profuse Diarrhöen und Nasenbluten. Schmerzen im Unterleibe heftiger, Ascites nahm rasch wieder zu. Am 3. März Tod.

Die Section ergab eine Lebersyphilis. Im Pharynx eine deutliche Narbe. Die linke Lungenspitze narbig eingezogen, reichlich pigmentirt und mit einzelnen Tuberkeln durchsetzt; in der rechten Lungenspitze eine taubeneigrosse Caverne. Die Leber um das Doppelte vergrössert; ihre Oberfläche braungelb, mit grösseren und kleineren Knötchen dicht besät; der Leberrand besonders am rechten Lappen durch Narbenschrumpfung verunstaltet und in Lappen getheilt. Die Durchschnittsfläche gelbbraun und mit kleinen Granulationen besetzt. Die Vena portae war in der Leberinsel verstopft durch einen Thrombus in regressiver Metamorphose. 2″ von der Leber entfernt, wo dieses Gerinnsel aufhörte, waren die Pfortader und Ductus choledocus von tauben- bis hühnereigrossen Drüsen comprimirt. Auch die übrigen Mesenterialdrüsen geschwollen. Gedärme durch Exsudat verklebt und mit kleinen Hämorrhagien bedeckt. Milz vergrössert. Die Nieren vergrössert, blutreich.

Lebersyphilis mit Icterus und Ascites. Amyloide Degeneration der Milz. Fettnieren. Hirnsymptome 3 Tage vor dem Tode. Aus der Klinik des Prof. DUCHEK. Von Dr. Fr. CHVOSTEK. Ebendaselbst referirt aus Wochenbl. d. K. K. Ges. d Aerzte in Wien 1863. »Ein 37jähriger Mann bekam 1849 einen Tripper und bald darauf einen Schanker, welche bald heilten. Seitdem will er nie weder eine primäre noch eine secundäre Affection gehabt haben. In demselben Jahre durch 6 Wochen Wechselfieber. Ebenso im Frühjahr 1863 durch 3 Monate Fieberanfälle, die jedoch keinen Typus einhielten und nach Gebrauch von Hausmitteln schwanden. Seit August 1863 Mattigkeit, Appetitlosigkeit, Abmagerung. Im November Schwellung des Unterleibes und bald darauf auch profuse Diarrhöen. Bei der Untersuchung am 3. Dec. fand man den Patienten kräftig gebaut, abgemagert. Die Haut schmutzig gelblich weiss, trocken; Schwäche, geringer Kopfschmerz. Um den Proc. xyphoid. ein Netz deutlich sichtbarer, jedoch wenig ausgedehnter Hautvenen. Hoher Stand des Zwerchfells, Unterleib stark aufgetrieben, gespannt, in der Lebergegend spontan und bei Berührung schmerzhaft. Leberdämpfung reicht bis 1 Plessimeter unterhalb des Rippenbogens. Mässiger Milztumor, mächtiger Ascites. Die Lymphdrüsen nirgends geschwellt. Kein Fieber. Harn ohne Eiweiss, 3 – 4 flüssige Stühle täglich. Vom 9. Dec. entwickelt sich Icterus, der allmählig und stetig zunahm; die Diarrhöe hielt an, die Fäces waren mässig gallig gefärbt. Zweimalige Punction, das erste Mal von 5 Uringläsern klarer, grünlich gelber Flüssigkeit. Zwerchfell stand nach der Punction an der 5. Rippe, die Leber lässt sich nicht von der vordern Brustwand abheben, sie fühlt sich sehr resistent an, ihr Rand ist stumpf und

hier und da seicht vertieft. 30. Dec. Somnolenz, Delirien, Dyspnöe, (heftiger Bronchiacatarrh. 1. Januar 1864 Tod.

Section. Hochgradige Abmagerung; Jcterus. An der rechten Hälfte des Stirnbeins in der Nähe der Kranznaht, ferner am vorderen untern Winkel des rechten Seitenwandbeines ist der Knochen an seiner Innenfläche dick, stark gefurcht, mit flockigen, gelblich grauen Massen belegt (Tuberculose? sic!) Ascites. Die Leber vergrössert und an das Zwerchfell durch zahlreiche Bindegewebsstreifen angeheftet; ihr Peritonäalüberzug fast überall schwartenartig verdickt. Hie und da an der Leberoberfläche seichte, grubige Vertiefungen, von denen aus narbenartige Stränge von 3—4‴ Länge, die allmählig dünner werden, in das Leberparenchym eindringen. Das Lebergewebe amyloid entartet; in demselben findet man an einzelnen Stellen haselnuss- bis wallnussgrosse, rundliche, scharf umschriebene Knoten, welche aus einer gelblichen, trockenen Masse bestehen, welche letztere sich nur schwer aus einer graulich weissen Bindegewebskapsel herausheben lässt. Diese Kapsel sendet in das Innere der Knoten zahlreiche Scheidewände und nach aussen gegen das Lebergewebe einzelne 3—4‴ lange sehnige Streifen. Die Leber wiegt $7^1/_2$ Pf., die Drüsen an der Leberpforte sind gross, hart, an der Schnittfläche trocken, röthlich grau. Die Milz gross, amyloid entartet. Dickdarmcatarrh, Fettnieren, Tuberculose der Retroperitonäaldrüsen.«

»Amyloide Degeneration der Nieren und der Milz. Eine alte exsudative Entzündung in der Leber. Narben im Rachen und in der Scheide. Von Dr. CEYP z Peclinovce. Eine 40jährige, ledige Taglöhnerin seit 6 Wochen wassersüchtig. Der Hydrops begann an den unteren Extremitäten und 14 Tage später begann erst die Schwellung des Unterleibes. Der Harn wurde dabei spärlich; verminderter Appetit, vermehrter Durst, zunehmende Schwäche gesellen sich hinzu, schliesslich auch Husten und Diarrhöe. Vor 10 Jahren litt sie durch längere Zeit an Halzentzündung; Hautausschlag oder Rachenschmerzen hat sie nie gehabt. Sie hat 3 Mal geboren, zum letzten Mal vor 8 Jahren. Die 2 ersten Kinder leben noch und sind gesund, das letzte starb bald nach der Geburt an Marasmus. Wechselfieber habe sie nie gehabt, auch wohne sie in einer Gegend, wo dasselbe niemals epidemisch geherrscht habe. Bei der Untersuchung hatte die Kranke eine gelbliche Haut. Hydrops, Anasarka an der unteren Körperhälfte bis in die Lendengegend und ein geringer auch im Gesicht. Die Rachenschleimhaut geröthet, die Uvula narbig geschrumpft. Lungencatarrh. Flüssigkeitserguss im linken Pleurasacke bis zum Schulterblattwinkel. Am Scheidengewölbe zahlreiche, zum Theil flache, zum Theil strahlige Narben. Unterleib aufgetrieben. Ascites bis zum Nabel. Die Leber verkleinert, die Milz vergrössert. Die Harnmenge betrug ungefähr $^1/_4$ Seidel täglich. Der Harn blassbräunlich, enthielt eine grosse Menge Eiweiss und einzelne mit Epithelien bedeckte Exsudat-Cylinder,

ausserdem etwas spärliche Eiter- und Blutkörperchen. Erscheinungen eines ziemlich starken Fiebers. Bis zum 23. November nahm der Hydrops zu, es kam zum Erysipel an den Unterschenkeln. Am 23. Nov. hörte das Fieber auf, der Hydrops verminderte sich von da an, und das Erysipel bildete sich zurück. Vom 18. Dec. an Wiederkehr des Fiebers. Zunahme des Hydrops. Inzwischen zunehmende Abnahme der Kräfte, Decubitus und am 8. Januar Tod. Bei der Section fand man die Rachenschleimhaut geröthet und die Uvula von Narbenmassen durchsetzt und geschrumpft. Lungencatarrh und Lungenödem. Allgemeiner Haut- und Höhlenhydrops. Die Milz durch zahlreiche Adhäsionen mit der Bauchwand verwachsen. Sie ist 8'' lang, ihre Kapsel verdickt, ihr Gewebe amyloid entartet. Die Leber klein, durch zahlreiche Adhäsionen mit dem Zwerchfall verwachsen; ihre Oberfläche ist gelappt und granulirt; ihr rechter Lappen wird durch eine tiefe Furche in 2 kugelige Massen getheilt; ihr linker Lappen ist geschrumpft zu einem Conglomerat bis höchstens ganseigrossen Kugeln. Das Lebergewebe ist fettig entartet, hie und da von blutarmen, in die Tiefe sich erstreckenden Narben durchsetzt. Amyloide Degeneration der Nieren.»

Tageblatt der 43. Versammlung der Naturforscher und Aerzte zu Innsbruck 1869 pag. 148. Siehe auch Archiv f. Dermat u. Syphilis 1870. 1. Heft pag. 108. «Dr. Bäumler aus London spricht unter Mittheilung von 5 Fällen über ein eigenthümliches Verhalten der Körperwärme bei einigen syphilitischen Affectionen, auf welches beiläufig schon von ihm vor zwei Jahren (Deutsches Archiv für klin. Medicin Band 3. Seite 408 und neuerdings von Dr. A. Duffin in London aufmerksam gemacht wurde. Es besteht diese Eigenthümlichkeit in einem auffallend remittirenden, zuweilen geradezu intermittirenden Fieberverlauf. Derselbe wurde von ihm in einem Fall von pustulösem Syphilid und mehreren Fällen von syphilitischer Knochen- und Gelenksaffectionen, von Dr. Duffin in Fällen von syphilitischem Rheumatismus beobachtet. Redner macht darauf aufmerksam, dass zuweilen die differentielle Diagnose schwierig sein kann, ob es sich in einem gegebenen Falle um eine syphilitische Affection oder um Phthisis, bei der bekanntlich die Temperaturcurve eine ganz ähnliche ist, handelt, dass aber der Gebrauch des Jodkaliums sofort den Ausschlag gebe, indem, wenn es tertiäre Syphilis ist, schon nach wenigen Tagen die Temperatur auch des Abends zur Norm zurückkhre, was an mehreren Curven demonstrirt wird.

Hierauf erklärt Prof. Ditterich aus München, dass das eintretende Fieber unabhängig von der Syphilis sei und nur der einzelnen Individualität zuzuschreiben wäre. Er habe 300 — 400 Kranke in Behandlung gehabt und weder bei der secundären noch tertiären Syphilis je Fieber beobachtet. Die Schmerzen, die dabei auftreten, sind den gichtischen und rheumatischen ähnlich; nach Verlauf von 2—3 Wochen werden sie bleibend, stets aber ohne Fieber.

Was das Jodkalium betreffe, so könne er es als Specificum gegen das Fieber nicht ansehen.

Daraufhin bemerkt Dr. Bäumler, dass diese Verschiedenheit in den Beobachtungen nur um so mehr zu einem gründlichen Studium der Frage mittelst des Thermometers auffordere. Betreffs der Wirkung des Jodkaliums bei gewöhnlichem Rheumatismus bemerkt er, dass er nie eine so frappante Wirkung auf denselben, wie bei dem von tertiärer Syphilis abhängigen beobachtet habe.«

Beitrag zur Anatomie und Syphilidologie der syphilitischen Affectionen der Leber. Von Friedrich Kahl. Leipzig. Diss. inaug. 1869. In der Dissertation des Verfassers wird erwähnt, dass Frerichs und Andere ein Krankheitsbild der syphilitischen Lebererkrankung festgestellt haben, dass aber keineswegs in allen Punkten Uebereinstimmung herrsche.

Ein Fall von Biermer wird erwähnt, bei welchem 8 Monate nach der Infection Icterus aufgetreten war. »Es war die Leber vergrössert, die Gegend derselben war nur bei tiefem Drucke schmerzhaft, die Oberfläche fühlte sich kleinhöckerig, uneben und hart an, ähnlich einer cirrhotischen Leber. Der Icterus trat unter Frost ein und besserte sich schnell bei Gebrauch von Jodkalium.« — Der Frost scheint also die Einleitung von Fiebererscheinungen gewesen zu sein.

Pag. 21. Fall II. Krankengeschichte mit Sectionsbericht von Prof. Wagner. Albuminurie, später Hydrops, Narben an der Epiglottis, Syphilis der Leber. Amyloidentartung der Milz. Bright'che Krankheit. Dem Bericht entnehme ich nur folgende hierher gehörige Data: »Der 34jährige Mann zog sich 1856 einen Schanker zu, auf welchen mehrfache ausgebreitete syphilitische Exantheme, Rachenaffection und Stimmlosigkeit folgten. Einige Jahre später kehrten die Exantheme und Rachenaffectionen wieder. Bis zum 8. October 1862 stellten sich allmählig Harnbeschwerden und Ödem der unteren Extremitäten ein. Seit 1. December entstand Appetitlosigkeit, zeitweises Erbrechen, täglich 2—3 durchfällige Stühle, zeitweise Unbesinnlichkeit und Schwerhörigkeit, vom 3. Dec. sehr schmerzhaftes Erythem der sehr stark ödematösen Unterextremitäten mit mässigem Fieber. Die Harnabsonderung war seit Ende November sehr spärlich. Tod den 9. December.

Sectionsbericht. Auszug. Icterus nicht vorhanden. Die stark verkleinerte Leber ist mehrfach gelappt und unregelmässig gefurcht. Auf dem rechten Lappen sieht man Vertiefungen und Hervortreibungen, hier und da höckerige Oberfläche; auf dem lob. quadratus finden sich zahlreiche stecknadelgrosse, flache, rundliche, gelbe Erhabenheiten u. s. w., kurz man sieht das deutlich makroskopische Bild der syphilitischen Leber. In Betreff der weiteren Veränderungen verweise ich auf das Original.

Fall III. Syphilis der Leber, beider Humeri, der Tibia, des Craniums,

Speckentartung der Milz und Nieren. Krankengeschichte aus der Wunderlich'schen Klinik. Aufnahme am 20. November 1868. Sectionsbericht von E. Wagner 12. Januar 1869. Der Kranke war vor 6 Jahren von Syphilis angesteckt. Vor 5 Jahren will Patient an Icterus und mässigen Leberschmerzen, ohne bettlägerig gewesen zu sein, gelitten haben. Fieber wird nicht erwähnt. Auch während des Aufenthalts im Hospital war kein Fieber vorhanden.

Ich lasse nun den Inhalt von den jüngsten Verhandlungen zu London folgen. Uebersetzung from the Clinical Society's Reports. Vol. III.

Bericht des Comité's über: Die Temperatur bei Syphilis. 27. Mai 1870. London.

Die über diesen Gegenstand vorhandene Literatur zeigt, dass die vorliegende Frage in verschiedener Weise behandelt worden ist: zuerst von Dr. Ed. Güntz, dann von Lancereaux, ferner von Berkeley Hill. Die Aufmerksamkeit des Dr. Güntz war hauptsächlich auf die den Beginn der constitutionellen Symptome begleitenden Fiebererscheinungen gerichtet. Er fand, dass eine beträchtliche Steigerung der Temperatur dem ersten Eruptionsstadium vorangeht oder dasselbe begleitet. Diese Erscheinung, welche er »syphilitisches Fieber« nennt, kann zuweilen nur durch den Thermometer nachgewiesen werden. In anderen Fällen sind Unbehaglichkeit, Kopfschmerzen und andere febrile Symptome die ersten Erscheinungen. Gelegentlich beobachtete er sogar einen heftigen Schüttelfrost. Die Temperatur kann innerhalb der ersten 24 Stunden bis zu 103 Grad Fahrenheit steigen. Am zweiten Tage tritt gewöhnlich eine beträchtliche Verminderung ein. Indessen kann eine leichte Erhöhung mit abendlichen Exacerbationen längere Zeit fortdauern, und es können neue Temperatursteigerungen mit der Ausbreitung der Hauteruptionen zusammenfallen.

Es existirt keine constante Beziehung zwischen der Intensität des Fiebers und dem Grade der Hauteruption. Dr. Güntz fand, dass das syphilitische Fieber innerhalb des fünfzigsten bis fünfundsechzigsten Tages nach der Infection eintritt, wenn keine eingreifende Behandlung stattgefunden hatte; wenn jedoch von Anfang an Quecksilber, sei es innerlich oder in Form von Einreibungen angewendet worden war, so trat weder innerhalb noch nach Ablauf jener Periode Fieber ein. Auch spätere Formen von syphilitischem Exanthem können von einer Temperaturerhöhung begleitet sein, doch hat dieses Fieber keine Beziehung zu dem des Eruptionsstadiums.

Lancereaux bemerkt, dass die Pyretie im Eruptionsstadium der Syphilis manchmal mit wiederholten Schüttelfrösten verbunden sei, welche einen intermittirenden Typus annehmen können, und zwar: den quotidianen, tertianen, oder doppelt-tertianen. Er hat verschiedene derartige Fälle be-

obachtet. Es scheint aber hierbei das Thermometer nicht angewendet worden zu sein. Dieser intermittirende Typus, worauf sich die Beobachtungen von LANCEREAUX und auch von HILL hauptsächlich beziehen, tritt namentlich in den späteren Stadien der Syphilis ein, besonders wenn dabei hochgradige Kachexie besteht.

Das Comité ging bei seinen Beobachtungen von dem Gesichtspunkt aus, ob Schwankungen in der Temperatur einen Schlüssel bieten könnten zu der Differentialdiagnose zwischen den syphilitischen Knochen- und Gelenksaffectionen, und den verschiedenen Formen des fieberhaften Rheumatismus und der Pyämie. Zu diesem Zwecke suchte man zu bestimmen: 1. Ob irgendwelche Temperaturerhöhung bei der syphilitischen Periositis eintritt, welche constant genug war, um den Namen »syphilitisches Fieber« zu rechtfertigen; 2. Ob diese Temperaturerhöhungen deutlich und regelmässig genug seien, um einen auffallenden Unterschied von den Curven bei Rheumatismus und Pyämie darzubieten; 3. Ob eine Beziehung zu den therapeutischen Effecten zu finden sei; 4. den Einfluss, welcher durch permanente oder intercurrirende Krankheiten auf die Curven ausgeübt wird.

Es sind im Ganzen 9 ziemlich typische Fälle von syphilitischem Rheumatismus gesammelt worden, wovon 8 mehr oder weniger Fieber hatten, einer gar keins. Von den 8 febrilen Fällen boten 5 grosse nächtliche Exacerbationen, die zwischen $2^1/_2$ und 4^0 Fahrenheit schwankten. Ein Fall zeigte nächtliche Exacerbationen von durchschnittlich $1^1/_2$ Grad, und fällt so in die Temperaturgrenzen bei dem gewöhnlichen acuten Rheumatismus. Ein siebenter Fall bot beträchtliche Schwankungen während drei Tagen und ging dann später auf die normalen Grenzen zurück. Bei dem ersten bot die Curve nichts Characteristisches; in einem Falle war früher der Einfluss von Malaria dagewesen, in einem andern bestand Verdacht auf Tuberculose, der später sich als unrichtig erwies; in einem dritten war Albuminurie vorhanden. Das Comité glaubt jedoch, dass diese Einflüsse von wenig Wirkung auf die beobachteten Curven waren.

Die Schlüsse, welche die bis jetzt vorliegenden Thatsachen zu rechtfertigen scheinen, sind folgende:

1. Syphilitische Periostitis ist gewöhnlich von Fieber begleitet.

2. Die Intensität des Fiebers ist caeteris paribus der Ausbreitung der Gelenks- oder Periostaffection proportional.

3. Es bestehen dann nächtliche Exacerbationen von 1—4 Grad, mit einer entsprechenden Morgen-Remission; wenn übrigens rheumatische Symptome mit dem frühzeitigen Ausbruch makulöser oder papulöser Syphilis zusammenfallen, so treten keine Schwankungen ein.

4. Der bei der Remission erreichte Stand ist die Normaltemperatur oder

ein Geringes darüber; subnormale Temperaturen werden selten erreicht, ausser bei deutlicher allgemeiner Besserung.

5. Das so characterisirte Fieber widersteht jeder Therapie, ausser der spezifischen.

6. Jodkalium beeinflusst die Curven gewöhnlich innerhalb dreier Tage nach Anwendung hinreichend grosser Dosen; der protrahirteste der vorliegenden Fälle begann am fünften Tage zu weichen. Wenn die Dosis des Jodkaliums zu gering ist, so kann die Curve theilweise beeinflusst werden; ein deutlicheres Fallen erfolgte, wenn die Dosis erhöht wurde.

7. Wird das Jod zu früh ausgesetzt, so nimmt die Temperatur bald wieder die frühere Höhe ein.

In 2 Fällen, wo eine gemischte Affection anzunehmen war, bestätigte sich die kräftige Einwirkung des Jodkaliums; in 2 anderen, wo Zweifel bezüglich der Diagnose bestanden, schien die Einwirkung des Jod dieselben zu beseitigen.

Als einen Contrast zu diesen Fällen von syphilitischem Rheumatismus machen wir auf einen Fall aufmerksam, wo rheumatisches Fieber mit einem Ausbruch von makulöser Syphilis und Schleimtuberkeln (Condylomen) begleitet war. Die täglichen Schwankungen in der Temperatur überschritten selten einen Grad, und wurden von Jodkalium in keiner Weise beeinflusst. Die Remissionen verminderten das Syphilid nicht. Eine Temperaturtabelle von einem typischen Fall von Pyämie ist ebenfalls beigefügt. Die grossen Schwankungen hierbei haben grosse Aehnlichkeit mit den bei syphilitischem Rheumatismus; jedoch dürfte die schnelle Wirkung des Jodkaliums in einem zweifelhaften Falle bedeutenden diagnostischen Werth erlangen.

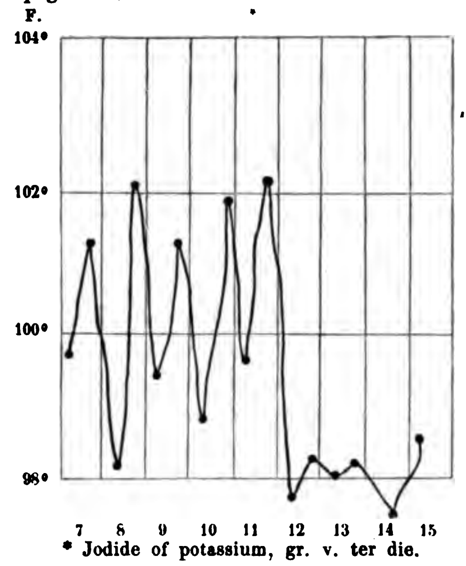
Von andern Formen constitutioneller Syphilis sind 9 Beispiele gesammelt worden. Dieselben sind nach Uebereinkunft in ulceröse, papulöse und makulöse Formen eingetheilt worden. Von den 3 Beispielen der ulcerösen Form wurde zweimal Fiebertemperatur beobachtet, aber nur in einem zeigt sich etwas von den characteristischen Schwankungen. Es war dies ein Fall von besonderem Interesse. Drei Ausbrüche von Syphilis wurden constatirt, wobei Fieber und thermometrische Schwankungen auftraten; die beiden ersten davon boten Symptome heftiger Bronchitis; letztere sowie das Syphilid schienen gleichzeitig nachzulassen. Im dritten Anfall zeigte sich keine Bronchitis, aber dieselben Temperaturschwankungen wie bei den anderen; durch lange fortgesetzte Anwendung von Jodkalium trat schliesslich Heilung ein. War die Bronchitis in diesem Falle spezifisch?

In nur einem Falle von papulöser oder makulöser Syphilis wurde ein Wechsel in der Temperatur beobachtet. Es war dies ein junger Mann, bei welchem die Eruption acut und frühzeitig erfolgte, und wobei vorher während

dreier Tage Uebelbefinden und Kopfschmerzen vorangegangen waren. Dieser Fall nahm fast genau denselben Verlauf wie der von Dr. GÜNTZ beschriebene. In allen übrigen Fällen wurde die normale Temperatur nicht überschritten.

Dr. CHRISTIAN BÄUMLER.
Dr. ALFRED B. DUFFIN.
BERKELEY HILL.

Die erste Tafel zeigt Dr. DUFFIN's Fall No. II im letzten Jahresband von den Transactions. pag. 82. [1])



* Jodide of potassium, gr. v. ter die.

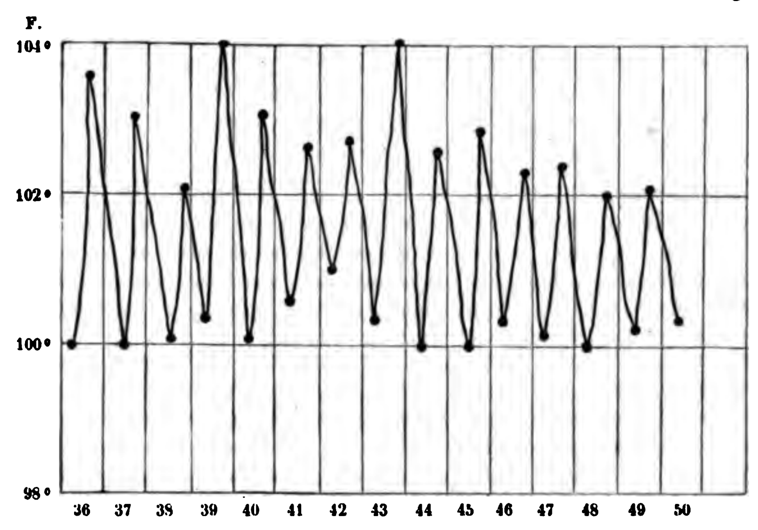
I. Fall. — Ulceratives Syphilid mit heftiger (syphilitischer?) Bronchitis.

Minna E., 29 Jahr, am 22. März 1865 in das deutsche Hospital aufgenommen, mit mässigem Fieber und Halsaffection. Ein rundes, tiefes Geschwür von Erbsengrösse hinter dem linken Arcus posterior des weichen Gaumens. Schleimhaut im Umkreise des Geschwürs stark geröthet, sonst normal. Symptome heftiger Bronchitis und circumscripte Infiltrationen in der linken Lunge. Milzdämpfung vergrössert. Syphilis wird nicht zugestanden, jedoch finden sich an beiden Oberschenkeln und den Labien zahlreiche runde, blasse, weise Narben, von einem schmalen Pigmentrande umgeben.

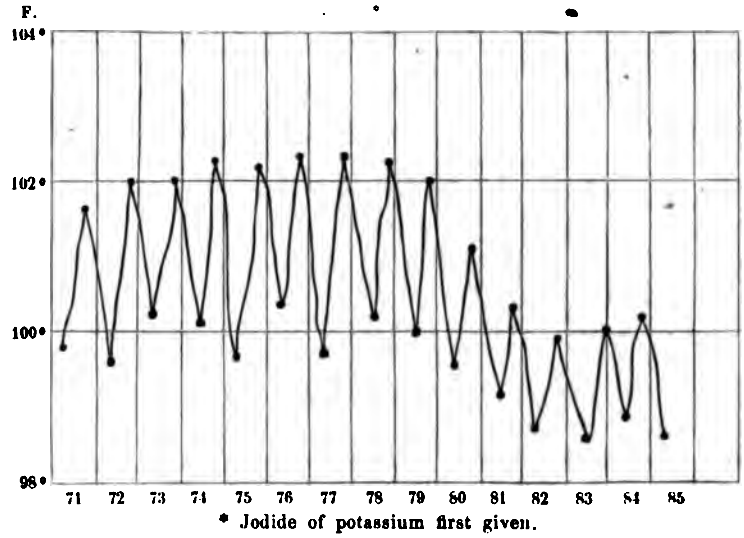
Inguinaldrüsen etwas vergrössert, Cervicaldrüsen hart und klein. Hin und wieder eine Spur Eiweiss im Harn. Temperatur hoch; abendliche Erhöhung von etwa 2° Fahrenheit.; Morgens durchschnittlich 100° F.; im Verlauf des April nahm die Temperatur ab, die Brustsymptome schwanden, und das Halsübel begann zu heilen. Während der zweiten Aprilwoche jedoch zeigten sich neue bronchitische Symptome, begleitet von einer neuen Temperaturerhöhung, ähnlich der ersten. Ein Furunkel bildete sich am Beine und wurde bald ein ringförmiges Geschwür, welches sich langsam an seiner Peripherie ausbreitete, während es in der Mitte heilte. In der zweiten Hälfte des Mai besserten sich

[1]) Die Zahlen an jeder Tafel geben die Tage des Aufenthalts im Hospitale an.

lie Brustsymptome, das Geschwür im Rachen begann zu heilen, und die Tem-
eratur ging auf dieselbe Höhe zurück, welche sie im April gezeigt hatte. So
ging es fort bis zur zweiten Woche des Juni, in welcher eine abermalige Er-



öhung der Abendtemperatur eintrat, gleichzeitig mit dem Auftreten zweier
leiner Geschwüre an der rechten Schulter und am linken Ellbogen. Diese
eschwüre boten dieselben Charaktere wie das frühere am Bein. Zu gleicher



* Jodide of potassium first given.

Zeit erfolgte eine Perforation der Nasenscheidewand. Bisher hatte die Behand-
ung in der Anwendung von Chlorkalium und Chinin bestanden.

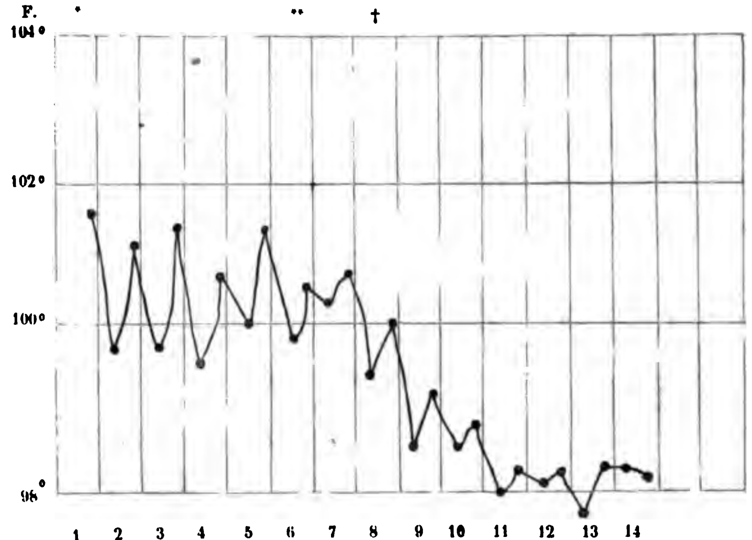
Am 13. Juni (dem 78. Tage des Aufenthalts im Hospital) wurde zuerst
odkalium verordnet, und von diesem Tage an sank die Temperatur allmählig

und erreichte am 4. Tage die Norm. Am 15. Juni konnte Jod im Urin nachgewiesen werden. Die Temperatur blieb dann normal bis zum 23., an welchem Tage leichte Schwankungen, nicht über 101,3° F. bemerkt wurden. Ende Juni waren sämmtliche Geschwüre geheilt, die Brustsymptome wechselten sehr. Das Jodkali wurde einige Tage ausgesetzt und dann wieder angewandt. Während des Juli wurden die thermometrischen Beobachtungen fortgesetzt, und zeigten 98,4° bis 100° F.

II. Fall. — Syphilitischer Rheumatismus.

Thomas C., 5. Januar 1869 aufgenommen. Vier Jahre vorher Schanker mit nachfolgender Halsaffection und Exanthem; 18 Monate später ein unbestimmter Anfall von Rheumatismus in den Gelenken und den Röhrenknochen. Dies dauerte 7 Monate, und er hatte einen intercurrirenden Anfall von ulcerativer Halsaffection. Der Rheumatismus zeigte deutliche nächtliche Exacerbationen. Spätere häufige Wiederkehr desselben veranlasste seine Aufnahme in verschiedene Hospitäler, zuletzt in KING's College.

Stat. praes. Der rechte Malleolus und rechtes Olekranon empfindlich. ebenso das Köpfchen des Radius. Fluctuation im linken Ellbogengelenk und im rechten Kniegelenk. Ausgebreitete Vergrösserung der Lymphdrüsen, Leberdämpfung etwas vergrössert. Es wurde eine Woche ohne Behandlung beobachtet. Während dieser Zeit variirt die Temperatur zwischen $99^3/_5$° und $101^4/_5$° F., jede Nacht bestand eine Exacerbation von $1^1/_2$ bis 2°. Zu Ende dieser Periode trat auf der Streckseite des rechten Vorderarms ein papulöses Exanthem auf. Es wurden nun täglich 15 Gran Jodkali gegeben. Im Verlauf der folgenden



* Mistura flava. Schlaflosigkeit. ** Jodide of potassium, gr. v. ter die. † Schlief 4—6 Stunden jede Nacht.

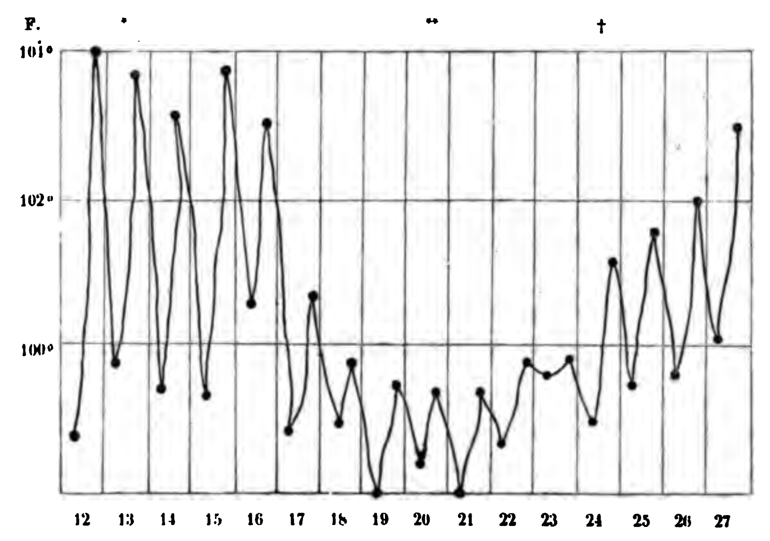
Woche trat eine sehr deutliche Herabsetzung der Temperatur ein, die 4 Tage lang dauerte und im Ganzen bis zu 4° betrug. Jede Nacht war 6 Stunden Schlaf da, und die Symptome schwanden vollständig. Der Fall wurde 15 Tage lang beobachtet.

III. Fall.

Henriette L., 22. Aug. 1864 in das deutsche Hospital aufgenommen. Bezüglich primärer oder secundärer Symptome nichts bekannt.

Stat. praes. Harter Gaumen perforirt, Ozäna. Beide Kniee, die Fussgelenke, beide Ellbogen, das linke Hand- und Schultergelenk schmerzhaft und geschwollen. 3 Tage später ein leichtes Herzgeräusch, welches aber nach 8 Tagen total verschwand. Zehn Tage nach der Aufnahme trat Albuminurie ein und dauerte fort. Während der ersten vierzehn Tage in der Temperatur bedeutende nächtliche Exacerbationen, im Maximum 5°, durchschnittlich 3° F. Am 11. Tage Jodkali. Am 15. Tage Temperatur bedeutend stetiger. Nach 8 Tagen der Jodanwendung im Urin Jodreaction, gleichzeitig Diarrhöe; Jod ausgesetzt, 4 Tage später Jodreaction verschwunden, die Temperatur steigt am 5. Tage und beginnt wieder die früheren Schwankungen zu zeigen. 28 Tage nach der Aufnahme Patientin auf Ersuchen entlassen.

Der Werth dieses Beispiels ist etwas verringert wegen des mangelhaften Nachweises bestehender Syphilis und durch die Anwesenheit von Herz- und



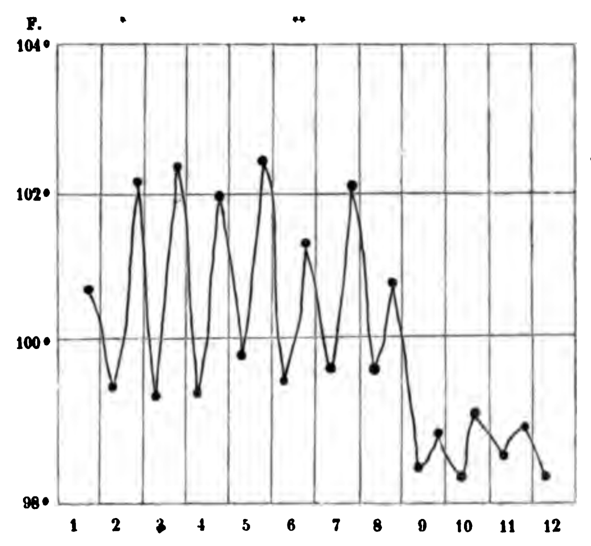
* Jodide of potassium. ** Jodreaction im Urin. † Jodreaction hört auf.

Nierencomplicationen. Indessen ist die Wirkung des Jodkaliums auf die Temperatur sehr bemerkenswerth. Die hier beobachteten Curven stimmen sehr genau mit den für charakteristisch angesehenen überein.

IV. Fall.

A. S., 19. Januar 1865 in das deutsche Hospital aufgenommen. Syphilis von unbekannter Dauer. Kleiner Knoten am rechten Stirnbein, ein solcher an der rechten, und eine harte Anschwellung an der linken Tibia. Schmerz im rechten Knie und längs der Innenfläche des rechten Oberschenkels. Phthisiches Aussehen, doch ausser einer leichten Dämpfung unter der rechten Clavicula

nichts zu finden. Fieber mit nächtlichen Exacerbationen von 3—4° F., Morgentemperatur fast normal. Chinin in Dosen von 5 Gran ohne Erfolg auf die Temperatur; nachdem aber 2 Tage später Jodkalium in grossen Dosen gegeben worden, fiel die Temperatur auf die Norm herab und blieb so, während die periostalen Symptome verschwanden. 14 Tage später verliess er das Hospital und die periostalen Anschwellungen waren fort. Ein Jahr darauf wurde Patient wieder aufgenommen mit Nekrose der Tibia und Hodenanschwellung. Nach abermals 1½ Jahren kam er nochmals mit Dysenterie, Albuminurie und einer Affection der rechten Lunge in's Hospital. Er starb im August 1867.



* Quinine, gr. v. ter. die. ** Jodide of potassium, gr. v. ter. die.

Sectionsbefund: Käsige Hepatisation der Lunge, ohne Tuberkeln, speckige Degeneration der Leber, Milz und Nieren, Ulceration im Colon.

Der Verdacht auf Tuberculose verleiht in diesem Falle der schnellen Wirkung des Jod besondern Werth. Es ist unzweifelhaft, dass das Fieber nur der Periostitis zuzuschreiben war, und es wurde dadurch der Gedanke, dass active Veränderungen in den Lungen bestanden, beseitigt.

Dr. Raphael Finkenstein. Zur Geschichte der Syphilis 1870 [1]) «Pintor hatte die Krankheit in Rom wie eine Gottesgeissel geschildert, die man schon aus den bösen Constellationen der Gestirne hätte vorhersagen

[1]) Finkenstein bespricht in seiner Schrift über Villalobos auch den spanischen Arzt Diaz de Isla, welcher im Jahre 1542 ein Buch über die Syphilis geschrieben hatte. Der Auszug dieses Buchs ist in einem Aufsatz des Dr. R. Brehm (Amtliches Organ der Leopold. Carolina, April Mai 1866, pag. 121.) mit einer gleichzeitigen Beurtheilung der Brehm'schen Ansichten durch Geh. Med.-Rath Prof. Merbach enthalten. Prof. Merbach

können, und in der Beschreibung sich hauptsächlich an die Pusteln gehalten, in denen er die Saphati und Aluhumata der Araber, d. h. blatternartige Exantheme wiederfand. Dadurch verleitete er zu dem Glauben, dass man ein fieberhaftes Exanthem vor sich habe« u. s. w. In der von FINKENSTEIN wiedergegebenen Krankengeschichte des TORELLA, die ich ebenfalls im Luisinus gelesen habe, erwähnt TORELLA bei seiner sehr genauen Beschreibung der Eruptionsperiode der Syphilis das Fieber nicht ausdrücklich, obgleich er das epidemische Auftreten der Syphilis namentlich in der pustulösen Form hervorhebt.

Nach dem Citate von FINKENSTEIN pag. 47 und 48 hat ANDRÈS AL-

gab hierbei schon damals die Anregung zu einer Uebersetzung des Gedichts von Villalobos, wie wir sie nunmehr (siehe oben) durch FINKENSTEIN besitzen. — Wenn sich auch hier FINKENSTEIN in seiner Abhandlung über Villalobos gegen die Logik des DE ISLA wendet und viele Unklarheiten in der Beschreibung der Syphilis hervorhebt, so dass auch, wie schon Prof. MERBACH betont hat, DIAZ DE ISLA trotz seiner Aussagen keineswegs als Gewährsmann für den amerikanischen Ursprung der Syphilis angeführt werden darf, so finden wir aber nach dem Auszug in der Leopoldina durch BREHM viele interessante Angaben über die übrigens deutlich beschriebene Syphilis und speciell über Fiebererscheinungen bei Syphilis.

Hiernach theilt DIAZ DE ISLA die Krankheit in drei Grade. pag. 154 Leopold. Als zufälliges Symptom des zweiten Grads wird ephemerisches und continuirliches Fieber mit gastrischen Erscheinungen pp. angeführt. Im 6. Kapitel behandelt DIAZ DE ISLA den 3. Grad. pag. 154. »Es erscheint das continuirliche Fieber, welches von Nachmittags 3 Uhr an steigt, und von früh 3 Uhr fällt und mit einem leichten Schweisse endet. Dem Kranken zehren dabei die Glieder ab, sie werden mager und welk und das Gesicht nimmt einen traurigen, stumpfen Ausdruck an. Er leidet an Durst, Appetitlosigkeit, Verdauungsbeschwerden, Anschwellung der Füsse und Beine, an Ermüdung beim Gehen; zuweilen hat er Durchfälle. Die Schmerzen peinigen ihn so, dass wenn er niesst oder hustet, er meint, sie würden den Ort, wo er sie empfindet, zersprengen. Die Absonderung der Geschwüre ist weisslich und dünn, in der Regel entblösst diese die Knochen« u. s. w. Mit Rücksicht auf Prognose wird gesagt, dass dieser 3. Grad denselben Verlauf, jedoch viel rascher wie der 2. Grad habe, und dass er bei der geringster Vernachlässigung zum Tode führe. Dieser Grad könne durch kein anderes Mittel, wie durch Quecksilber und Guajac geheilt werden.

Das 7. Kapitel handelt von den Fieberkranken, die so heruntergekommen sind, dass mit ihnen keine eigentliche Cur mehr vorgenommen werden könne. pag. 160. DIAZ DE ISLA kritisirt zum Schluss in satyrischer Weise diejenigen Aerzte, welche das Quecksilber nicht als vorzügliches Heilmittel anerkennen wollen und sagt: »Dabei kommt das Fieber hinzu, und nun werden mehr Aerzte herbeigerufen, um dasselbe zu erklären, und einige von ihnen sagen: es ist ein hectisches Fieber; andere: es ist ein Milchfieber; andere: es ist ein Humoral; noch andere: es ist ein phlegmatisches Fieber; darauf stellen sich Diarrhöen ein und nun ruft man noch andere Aerzte hinzu, von denen einige sagen: es sind rheumatische, von der Leber; andere vom Magen; andere von der Milz. Auf diese Weise verschlimmert sich die Krankheit, bis endlich der Kranke von einem Charlatan geheilt wird, der den Merkur verordnete.«

Um Wiederholungen zu vermeiden und der Uebersicht wegen habe ich die Nachrichten über Villalobos und DIAZ DE ISLA hier an dieser späteren Stelle zusammengefasst und als Note angefügt, um so mehr, da FINKENSTEIN den chronologisch früheren Villalobos uns zuerst in deutscher Sprache zugänglich gemacht und auch den DIAZ DE ISLA in seiner Glaubwürdigkeit als Schriftsteller beurtheilt hat.

CAZAR, einer der besten spanischen Chirurgen, Professor der Chirurgie eine Chirurgie geschrieben: »Andreae Alcazaris medici ac chirurgi guadalaxanensis in amplissima Salmanticensi academia .... libri sex..... Salmanticae in aedibus Domini Portonarii S. C. M. typographi. 1575. fol.« Das fünfte Buch handelt von Pudendagra. Der Autor unterscheidet nach FINKENSTEIN 4 Perioden der Syphilis. 1) Pusteln am Gesäss oder an den Schamtheilen mit Geschwüren im Rachen und Pusteln auf Kopf und Stirn. 2) Gelenkschmerzen von Tuberkeln begleitet mit Ausfallen der Haare, 3) Geschwüre über den ganzen Körper, theils schmerzhafte, theils schmerzlose Knoten. 4) Caries und Necrose der Knochen mit hectischem Fieber.

Nun führe ich noch die Ansicht FINKENSTEIN's in Betreff der Syphilisepidemie vom Jahr 1500 an: «Wir sind in Folge dessen (nämlich in Folge der Contagiosität der Syphilis durch das Blut) heut nicht mehr genöthigt, zu der Phantasie einer exceptionellen, acuten epidemischen Beschaffenheit der Syphilis von 1500 zu greifen, sondern erklären wirklich und der Wahrheit gemäss alle Facta einfach durch das Contagium« und so weiter. . . . .

Aus dem von FINKENSTEIN übersetzten Gedicht des Spaniers FRANCESCO LOPEZ de VILLALOBOS über die Syphilis, gedruckt im Salamanca auf seine Kosten 1498 bei Anton de Barreda, Buchhändler, können vielleicht einige Stellen als Fieber der Syphilis gedeutet werden.

Pag. 65: »Ein solches Fieber will uns anders scheinen, als das aus blossem Ueberschuss entstieg.« VILLALOBOS meint nämlich hier, das Fieber der Pestilenz erscheine ihm anders, als das der Syphilis, welches nur aus dem Ueberfluss der Säfte entstiegen sei. Ferner pag. 70: »Auch an den Händen ist die Haut erhitzt, dann füllt sie sich mit grindigen Geschwüren.« Endlich pag. 71 «Und muss die trockene Hitze noch vermehren, die ohnehin schon in der Leber war.«

Das Verhalten der Eigenwärme in Krankheiten. Von Dr. A. WUNDERLICH. Leipzig Otto Wiegand 1870. 2. Auflage.

Pag. 386. »Lues. 1) Unter Lues verstehe ich diejenigen, mannigfaltigen Affectionen, welche man früher als secundäre und tertiäre Syphilis bezeichnet hat. Hierdurch wird einerseits der mehrdeutig gewordene Ausdruck: «Syphilis» vermieden; anderseits nichts über die zweifelhafte Beziehung zum localen Schanker präjudicirt.«

»Sicher können die luetischen Erscheinungen ohne alles Fieber auftreten, und es dürfte keine Form der luetischen Manifestationen geben, die nicht völlig fieberlos sich entwickeln und verlaufen könnte.

Andererseits ist bei gewissen Symptomen der Lues Fieber häufiger, als man gemeinhin glaubt, und dieses Fieber ist nicht ohne Eigenthümlichkeit, ja zuweilen so characteristisch gestaltet, das es nicht zu schwierig ist, aus

dem Gang der Temperatur allein schon die luetische Natur der Erkrankung wenigstens zu vermuthen.

2) Am häufigsten treten Temperaturerhöhungen bei Luetischen ein in der Zeit, in welcher sich die ersten verbreiteten hyperämischen, papulösen oder pustulösen Hauteruptionen entwickeln. Das Fieber, welches frühzeitig luetische Exantheme begleitet, kann sehr beträchtlich sein, und die Maximaltemperaturen können 41,0 ° nahe kommen.

Der Gang der Temperatur ist ein ausgezeichnet remittirender (pseudo-intermittirender) mit täglichem Rückgang der Eigenwärme bis zur Norm oder doch bis nahe zu derselben. Der Wechsel dieser tiefen Morgenremissionen mit den höheren Abendexacerbationen ist ziemlich regelmässig; die abendliche Steigerung ist aber trotz der rapiden Erhebung nur ausnahmsweise von Frost begleitet. Ebenfalls gehört es zu den Ausnahmen, dass sich ein voller apyretischer Tag zwischen die Fiebertage einschiebt, und das Fieber sonach den tertianen Typus einhält, oder auch dass höhere und mässigere Exacerbationen Tag um Tag abwechseln. Die Dauer des Fastigiums ist unbestimmt; zuweilen kurz, wenige Tage betragend kann es aber auch über 2 Wochen sich erhalten. Der Nachlass des Fiebers erfolgt unter allmählig geringer werdenden Abendexacerbationen ziemlich übereinstimmend mit dem Gang der Temperatur in der späteren Abheilungsperiode des Abdominaltyphus.« (Dies letztere hat zuerst Dr. BÄUMLER gezeigt).

»3) Auch bei manchen acut auftretenden internen luetischen Affectionen der Leber und des Gehirns, auch der Knochen, findet sich zuweilen ein analoger, jedoch minder regelmässiger Temperaturgang, bei welchem im Allgemeinen tiefe Morgenremissionen und mehr oder weniger beträchtliche Abendexacerbationen mit einander wechseln.

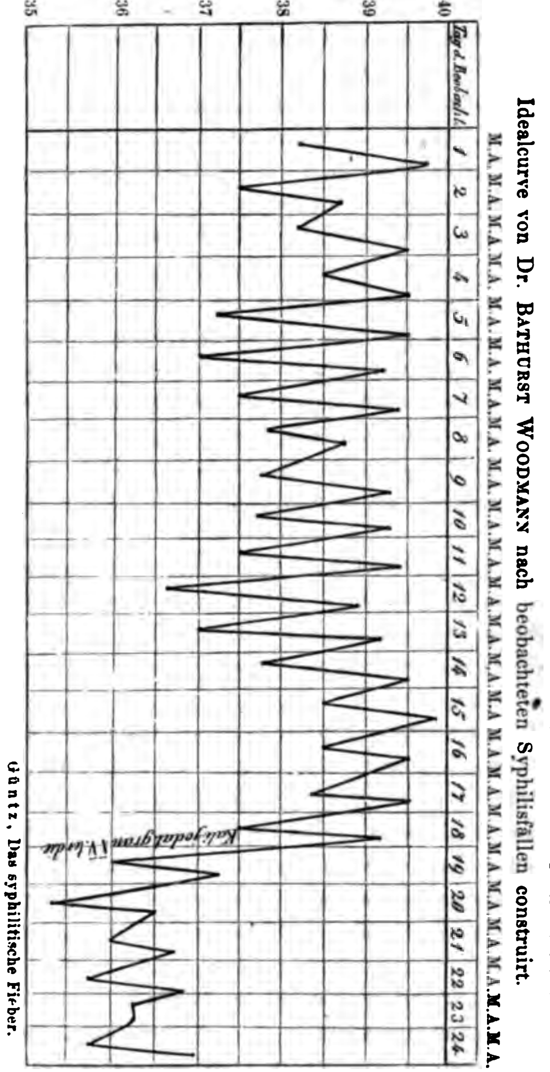
Bei den Formen der malignen, unter rapiden Zufällen tödtenden Lues zeigen sich ebenfalls beträchtliche Temperatursteigerungen (40 ° und darüber); dazwischen kommen aber auch geringere vor, und die Remissionen, wenn auch vorhanden, sind weniger regelmässig, gehen theilweise weniger tief oder fallen zeitweise auch ganz aus. Das Fieber hält in seinem Gange keine Regel ein; Temperaturermässungen sind täuschend und keineswegs Zeichen günstiger Wendung. — Ueber das Temperaturverhalten bei luetischem Marasmus siehe Marasmus.«

pag. 402. »Sehr beträchtlich sind die Temperaturabnahmen bei marastischen Kindern vor dem Tode und am stärksten bei luetischem Marasmus der Säuglinge. In einem solchen Falle, der auf meiner Klinik unlängst vorkam, fing die Temperatur 6 Tage vor dem Tode an, unternormal zu werden und gelangte in allmähligem Sinken bis 25 ° C. (Aftermessung), in einem andern Fall von gewöhnlicher Atrophia infantum auf 28,6 ° C.«

Folgendes ist eine wörtliche Uebersetzung der Note, welche Dr. BATHURST

WOODMAN dem Abschnitt »Lues« in WUNDERLICH's, die Eigenwärme etc. (N. Sydenham Society's edition p. 408) hinzufügte, und welche ich der Güte des Dr. BÄUMLER verdanke:

»Die Bemerkungen des Autors im Text, ferner die des Dr. J. E. GÜNTZ, dann die Fälle von syphilitischem Rheumatismus aus Dr. GARROD's und Dr. DUFFIN's Praxis, welche von dem Letzteren mitgetheilt wurden (pag. 81 d. 2. Bandes der »Clinical Society's Transactions«), endlich der Bericht des Comité's über Temperatur in der Syphilis (p. 170. III. Bd. der Transactions of the Clinical Society) lassen sich nebst der dieser englischen Ausgabe speciell beigegebenen Curve als Beweise anführen, dass einige Formen constitutioneller Syphilis, besonders die dem Rheumatismus ähnlichen, ebenso typisch sind als die meisten Fieber. Ich habe dem Dr. E. B. BAXTER speciell dafür zu danken, dass er mich zuerst auf diesen Gegenstand aufmerksam machte und mir seine Noten und Curventafeln von mehreren Fällen gütigst mittheilte. Dieselben haben mich in den Stand



Idealcurve von Dr. BATHURST WOODMANN nach beobachteten Syphilisfällen construirt.

Güntz, Das syphilitische Fieber.

gesetzt, eine schematische (ideale) Curve (deren Temperaturen jedoch alle der Wirklichkeit entnommen sind) aus seinen genauen Beobachtungen, welche wenigstens in einem Falle sich über mehr als 2 Monate erstreckten, zu construiren. Neben den grossen Temperaturschwankungen, welche diese Fälle

larbieten, zeigt die Curve auf die auffallende Temperatur erniedrigende Wirkung 10graniger Jodkaliumdosen — eine Veränderung zum Besseren, welche n einigen der Fälle mit einer bemerkenswerthen und auffallenden Zunahme les Körpergewichts (20 Pfund in 14 Tagen in einem Falle) zusammenfiel. S. auch LANCEREAUX vol. I. pag. 125. — (Der Uebersetzer.)«

Dr. CHRISTIAN BÄUMLER: »Ueber das Verhalten der Körperwärme als Hülfsmittel zur Diagnose einiger Formen syphilitischer Erkrankung. Deutches Archiv für Klin. Med. 4. und 5. Doppelheft 1872, pag. 397« hat einen ängeren Aufsatz verfasst, dem ich der Wichtigkeit des Gegenstandes entprechend das Hauptsächlichste hier theils im Auszug, theils wörtlich entnehme.

Pag. 399 und folgende: »Die Temperaturverhältnisse in der Syphilis in hren verschiedenen Stadien und Formen sind im Ganzen noch wenig studirt. Man scheint überhaupt, während die pathologisch-anatomische Beobachtung der Krankheit immer umfassender und eingehender wurde, den allgemeinen und namentlich den Fiebererscheinungen weniger Aufmerksamkeit geschenkt zu haben. Den Aerzten des vorigen Jahrhunderts war das Vorkommen von Fieber in Begleitung oder vielmehr als Folge der Syphilis wohl bekannt; ihre Angaben cheinen jedoch allmälig in Vergessenheit gerathen zu sein. Nur so lässt es ich erklären, dass diese Fiebererscheinungen, die doch auch in unseren Tagen noch häufig genug zur Beobachtung kommen, bis jetzt noch so wenig mit Hülfe les Thermometers studirt worden sind. Den alten Aerzten war auch gerade das Typische in den Fiehererscheinungen der Syphilis nicht entgangen. So sagt unter Anderen JOS. FRANK [1]: ‚Evolutionem luis venereae a symptomatibus febrium intermittentium comitari saepe saepius conspeximus‘ und STOLL spricht von einer Febris quotidiana syphilitica. Sämmtliche ältere hierher gehörige Beobachtungen finden sich gesammelt in einem interessanten Werke von P. YVAREN. [2] Es waren meist Fälle mit Knochenaffectionen und Geschwüren, in welchen das Fieber in der Form einer mehr oder weniger regelmässigen Febris intermittens auftrat. In mehreren derselben wurde durch eine antisyphilitische Behandlung Heilung erzielt, während Febrifuga erfolglos blieben. Die Unwirksamkeit der Chinarinde und die rasche Wirkung des Quecksilbers in solchen Fällen von intermittirendem Fieber wird von mehreren Schriftstellern hervorgehoben. [3] Die von YVAREN gesammelten Fälle sind zum grössten Theil zu unvollständig beobachtet, als dass eine Analyse derselben hier von Werth sein würde.

---

[1]) J. FRANK, Praxeos medicae universa praecepta. Ed. II. Taurini. 1821. Vol. I. p. 129.

[2]) PROSPER YVAREN, des Metamorphoses de la Syphilis. Paris 1854. p. 173 seq.

[3]) P. G. WERLHOF, Observat. de febrib. praecipue intermittent. Hanover, 1732 p. 52: »Paroxysmi nocturni aut erratici, qui ex induratis alicubi glandulis aut visceribus aut ex solo scorbuto aut venerea labe ——— febrium intermittentium instar nascuntur, nihil cortex memorabile prodest.«

JOS. FRANK, l. c. p. 182: »Mercurii, praecipue muriatis hydrargyri, virtus in a febre, quae intermittentium ad instar decurrit atque Syphilidis progenies est, quotidie confirmatur.«

Der Erste, welcher das Fieber in der Syphilis thermometrisch studirte, war E. GÜNTZ.[1] Seine Beobachtungen beschränken sich jedoch auch nur auf ein Stadium der Syphilis, nämlich das der Eruption. GÜNTZ fand, dass bei Kranken, bei welchen eine specifische Behandlung nicht eingeleitet worden war, innerhalb 65 Tagen von der Ansteckung an gerechnet, am häufigsten zwischen dem 50. und 65. Tage, Fieber eintrat und von dem Ausbruch der übrigen sogenannten constitutionellen Erscheinungen begleitet oder gefolgt war. Er nennt dieses Fieber das »syphilitische Fieber« und stellt es in Parallele mit dem Eruptionsfieber der Masern und Pocken. Das erste Ansteigen der Temperatur geschieht ziemlich rasch, zuweilen unter Schüttelfrost, und die Temperatur kann nahezu 40 ° C erreichen. Auf diese erste Steigerung folgt ein bedeutender Abfall, und dann kann noch längere Zeit eine mässige Temperaturerhöhung zwischen 37,5 ° und 38 ° fortdauern, wobei frische Eruptionen meist neue geringe Steigerungen im Gefolge haben. LANCEREAUX[2], der sich hauptsächlich auf die älteren Angaben stützt und auch in seinen eignen Fällen keine thermometrischen Beobachtungen machte, giebt an, dass das Fieber in der Eruptionsperiode der Syphilis in manchen Fällen viel Aehnlichkeit habe mit einer Intermittens quotidiana, tertiana oder tertiana duplicata. Wir werden weiter unten einen Fall dieser Art mittheilen (Fall 1). Im Allgemeinen jedoch glaube ich, dass Fieber von diesem Typus vorwiegend spätere, der sogenannten tertiären Periode angehörige Erscheinungen begleitet, und dieser intermittirende, oder besser gesagt, stark remittirende Typus ist es gerade, der in manchen Fällen einen sehr werthvollen Anhaltspunkt für die Diagnose zu geben vermag. Ich hatte dies an mehreren Fällen, besonders an dem unten mitgetheilten Fall 5 erkannt, und auch schon gelegentlich einer allgemeinen Besprechung des remittirenden Fieberverlaufs in einer Arbeit über Abdominaltyphus[3] meine Erfahrung mitgetheilt, dass ein solcher Fieberverlauf mit grossen Tagesschwankungen, wie er der 2. Periode des Abdominaltyphus eigenthümlich ist, ausser anderen Krankheiten auch bei manchen syphilitischen Affectionen sich finde.

Einen neuen Beitrag zur Lehre von dem Vorkommen dieses remittirenden Fiebertypus in der Syphilis lieferte Dr. A. B DUFFIN[4] in einer Mittheilung an die Clinical Society of London, worin er zwei Fälle von sogenanntem syphilitischen Rheumatismus erzählte und auf den rapiden Einfluss des Jodkaliums auf die Temperatur, sowie auf den Werth der Temperaturcurve für die Diagnose obscurer Formen von syphilitischem Rheumatismus' aufmerksam machte. In Folge dieser Mittheilung sah ich meine im deutschen Hospital in London gesammelten Krankengeschichten durch, und fand darunter ebenfalls einige Fälle von syphilitischer rheumatoider Erkrankung, welche die von Dr. DUFFIN als characteristisch aufgestellten Merkmale in ausgezeichneter Weise darbieten.«

Diese und seine übrigen Beobachtungen über diesen Gegenstand hat BÄUMLER in der medicinischen Section der Naturforscherversammlung zu Inns-

---

[1]) Zeitschrift für Medicin, Chirurgie u. Geburtshülfe von Küchenmeister u. Ploss. Neue Folge IV. 1865. S. 192.

[2]) LANCEREAUX, traité historique et pratique de la Syphilis. Paris 1866. p. 123.

[3]) Deutsches Archiv für klin. Medicin. Bd. III. 1867. S. 408.

[4]) Cases of Syphilitic Rheumatism. By ALFRED B. DUFFIN, M. D. Read February 12. 1869. Transactions of the Clinical Society. London. Vol. II. p. 81.

bruck [1]) kurz mitgetheilt. Dr. DUFFIN's und seine Fälle sind ausserdem benützt und einige davon in ihren Hauptzügen mitgetheilt in einem Berichte, [2]) welchen sie beide in Gemeinschaft mit Dr. BERKELEY HILL im Auftrage der Clinical Society über die Temperaturverhältnisse der Syphilis ausarbeiteten. Ich habe die Ergebnisse dieser Beobachtungen ebenfalls mit angeführt.

»In der zweiten Auflage seines Handbuchs »Ueber das Verhalten der Eigenwärme in Krankheiten« hat WUNDERLICH [3]) ebenfalls der erwähnten Eigenthümlichkeit des Fieberverlaufs in gewissen syphilitischen Affectionen gedacht.«

Es folgt nun ein kurzer Auszug aus dem WUNDERLICH'schen Werk, den ich soeben in diesem Buch wörtlich citirt habe. Hierauf bespricht BÄUMLER die von Dr. BATHURST WOODMAN in seiner englischen Uebersetzung angefügte Note, auf welche ich hiermit verweise.

Dr. BÄUMLER fährt fort: »Da der Gegenstand noch ziemlich neu und die Frage noch wenig bearbeitet ist, habe ich mich entschlossen, meine Fälle etwas ausführlicher zu veröffentlichen, als dies bis jetzt geschehen. Ich hatte bisher damit zurückgehalten, da ich hoffte, durch neue Beobachtungen die Frage mit der Zeit erschöpfender behandeln zu können; da jedoch die letzten Jahre wenig Aussicht hierzu boten, möchte ich durch die gegenwärtige Veröffentlichung denen, welchen ein grosses Material zu Gebote steht, eine Anregung geben, die ganze Frage weiter zu studiren. Es ist noch manche Lücke auszufüllen, und wie schon aus dem Bisherigen hervorgeht, hat die Frage nicht blos ein grosses theoretisches, sondern auch ein unmittelbar praktisches Interesse, sowohl dadurch, dass die Beobachtung der Eigenwärme die Diagnose syphilitischer Affectionen wesentlich erleichtert, als auch durch die Controle, welche sie für die Wirksamkeit des therapeutischen Handelns bietet. Um hier nur Eines zu erwähnen, ist neuerdings in England der Sarsaparilla wieder warm das Wort geredet worden [4]) während viele Syphilidologen ihr jede Wirksamkeit absprechen. Nichts wäre einfacher, als in Fällen, wie die weiter unten erzählten, einen vergleichenden Versuch mit Sarsaparilla, Jodkalium und Quecksilber zu machen. Der Temperaturgang ist häufig noch ein empfindlicheres Reagens, als der Zustand äusserlich sichtbarer Veränderungen, oder als die subjectiven Empfindungen der Kranken, wiewohl gerade der Schmerz syphilitischer Knochenaffectionen ausserordentlich rasch durch eine specifische Behandlung vermindert oder aufgehoben wird.

Die von mir beobachteten Fälle von Syphilis, in welchen die Temperaturcurve einen characteristischen remittirenden Typus zeigte, lassen sich nach dem Character, der dem Krankheitsbilde vorzüglich aufgeprägt war, in drei Gruppen bringen. Mit Ausnahme des ersten Falles gehörten alle den späteren, sogenannten tertiären Formen der Syphilis an.

---

[1]) Tageblatt der Naturforscherversammlung in Innsbruck. 1869. S. 148.

[2]) Report of the Committee on Temperature in Syphilis. Read May 27, 1870. Transactions of the Clinical Society. London. Vol. III. p. 170.

[3]) Das Verhalten der Eigenwärme in Krankheiten von Dr. C. A. WUNDERLICH. II. Aufl. Leipzig 1870.

[4]) Dr. T. CLIFFORD ALLBUTT im »Practitioner«. Mai 1870.

I.

Pustulöses Syphilid im Eruptionsstadium der Syphilis.

Fall 1 (s. Curve 1).

Drei Monate bestehendes, indurirtes Geschwür. Starkes Fieber mit grossen Morgenremissionen. Bläschen-Ausschlag; Gruppen von Bläschen verwandeln sich in eine Kruste und nach Abfallen derselben in scharfrandige, zackige Geschwüre. Rheumatoide Erscheinungen und Knochenschmerzen. Ziemlich rascher Rückgang des Fiebers und der Schmerzerscheinungen auf Quecksilberbehandlung.

R. S., ein 28jähriger, kräftig gebauter, aber schlecht aussehender Seemann, wurde am 12. Juli 1864 in's deutsche Hospital in London aufgenommen. Er hatte Anfang des Jahres 1863 an der Westküste von Afrika Fieber bekommen, welches erst nach seiner Rückkehr nach England im April 1863 durch Chinin allmälig geheilt wurde. Ende des Jahres 1862 war er wieder auf See gegangen und gesund geblieben bis vor 3 Wochen, als er unter Fieber, heftigen Schmerzen in den Backenknochen und Thränen der Augen erkrankte. Am 16. Juli kam er in das Ambulatorium des deutschen Hospitals und erhielt dort, da ein Milztumor constatirt wurde, und er über andere Erscheinungen, als Fieber, nicht klagte, Chinin, welches er bis zu seinem Eintritt ins Hospital nahm.

Bei der Aufnahme fand sich starkes Fieber und ein Ausschlag, bestehend aus über den Körper zerstreuten kleinen Bläschen mit trübem Inhalt, theils einzeln, theils zu mehreren zusammenstehend, theilweise auch schon zu Krusten eingetrocknet. An der Glans penis ein noch nicht ganz geheiltes, sehr stark indurirtes Geschwür, welches er vor drei Monaten in einem Seehafen acquirirt hatte. Auch der Introitus urethrae indurirt. Die Inguinaldrüsen, besonders links, stark geschwollen und hart; an den Cubital- und Nackendrüsen keine auffallende Vergrösserung nachweisbar. Im Hals nichts Abnormes.

		Temp.	Puls	Resp.
22. Jul.	A.	39,0°	104	36
23. Jul.	M.	37,9	92	20
	A.	39,4	112	28

Urin hochgestellt, frei von Eiweiss.

24. Jul.	M.	37,5	104	24

Ausbruch neuer Bläschen. Einige Stellen gleichen ganz den Bläschengruppen bei Herpes zoster, jucken aber nicht und zeigen auch keine regelmässige Anordnung, sondern sind spärlich über Gesicht und Körper zertreut.

Da die starken Abendexacerbationen, welche übrigens ohne Frostanfälle eintraten und in der Nacht von starkem Schweiss gefolgt waren, mehr als eine der früheren Malariainfection zuzuschreibende Complication, als von der Syphilis abhängig betrachtet wurden, erhielt der Kranke nun täglich des Nachmittags Chinin gr. V.

A.	39,5	120	—

25. Jul. Gegen Morgen sehr starker Schweiss. Die Bläschen auf der Brust unverändert, die im Gesicht dagegen zu einer dicken Kruste eingetrocknet. Neue sind seit gestern nicht erschienen. Klagen über Schmerzen in beiden Schultern, im rechten Ellbogen- und Handgelenk. Urin eiweissfrei.

M. 37,4 80 —
A. 38,9 112 —

26. Jul. Nachts sehr heftige Schmerzen in den Schultern und Oberarmen.

M. 37,3 112 —
A. 38,9 116 —

27. Jul. Hatte Nachts wieder heftige Schmerzen, welche gegen 4 Uhr Morgens nachliessen. Ausschlag unverändert.

M. 37,5 92 —
A. 38,8 116 —

Ord.: Chinin auszusetzen. Unguent. hydrarg. ciner. 2 mal täglich ½ Drachme einzureiben.

28. Jul. M. 37,55 104
A. 39,1 120
29. Jul. M. 37,3 112
A. 39,2 120

Schmerz in den Armen noch immer sehr gross; ebenso sind jetzt auch die Schienbeine schmerzhaft und schon bei leiser Berührung sehr empfindlich.

30. Jul. M. 37,1 96
A. 39,2 96

Die Stellen im Gesicht nach Abfallen der Krusten in tiefe, scharfrandige Geschwüre verwandelt. Leichte Stomatitis.

Ord.: Ung. hydr. praecip. rub. auf die Geschwüre.

31. Jul. M. 37,2 100
A. 39,1 100

Ord.: Abends: Die Einreibungen auszusetzen, Mixtur. kali chloric.

1. Aug. M. 37,4 96

Schwitzt noch jeden Morgen sehr stark. Der Ausschlag auf der Brust beginnt einzutrocknen. Die Schmerzen in den Armen sind geringer; in den Beinen sind sie des Abends noch sehr stark. Stomatitis etwas besser.

A. 38,4 96

Ord.: Abends Ung. hydr. gr. XV. einzureiben.

2. Aug. M. 36,95 92

Ord: Chinin gr. X.

A. 38,0 100

3. Aug. Die Schmerzen viel geringer.

M. 36,8 84
A. 37,9 100

Im Gesicht sind durch Abfallen der Krusten noch mehrere neue Geschwüre entstanden.

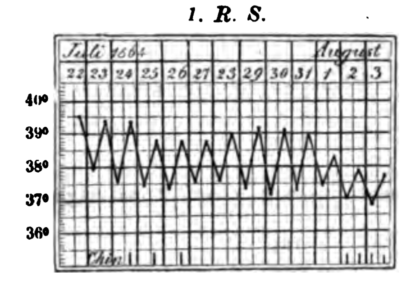
4. Aug. Patient, der sich nach Aufhören der Schmerzen ganz wohl glaubt, besteht trotz aller Einwendungen auf seiner Entlassung. Hydr. protojod. in Pillen und Kali chloric. werden ihm mitgegeben.

Schon vor Ablauf einer Woche erschien er wieder ganz mit den früheren Symptomen, namentlich heftigen Schmerzen und Fieber, konnte aber nun wegen Ueberfüllung des Hospitals nicht aufgenommen werden und wurde aus den Augen verloren.

Es handelte sich in diesem Falle um den ersten Ausbruch constitutioneller Erscheinungen bei einem seit 3 Monaten mit indurirenden Geschwüren behafteten

Mann. Drei Wochen hatten die Allgemeinerscheinungen bereits bestanden, als er in Behandlung kam. Wahrscheinlich in Folge der unpassenden Verhältnisse, unter welchen der Kranke sich befand, vielleicht auch noch beeinflusst durch früher vorhandene Malariaaffection, traten diese Erscheinungen in einer ungewöhnlich heftigen Gestalt auf und mit einer Hauteruption, wie sie nur bei sehr schweren Formen der Syphilis und gewöhnlich erst später sich findet. Es ist übrigens nicht unmöglich, dass ein maculöser Ausschlag, vom Kranken unbeachtet, vorausging. In entsprechender Heftigkeit traten auch Schmerzen in einzelnen Knochen und Gelenken auf.

1. R. S.



Das stark remittirende Fieber, welches zunächst der Malaria Schuld gegeben wurde, war ohne allen Zweifel ebenfalls von der Syphilis abhängig. Denn erstens war der Kranke seit einem Jahre frei von Malaria gewesen, zweitens war der Einfluss des Chinins auf das Fieber kein so durchgreifender, als er es bei Malariaffectionen zu sein pflegt, und drittens trat eine entscheidende Verminderung des Fiebers ein, nachdem 4 Tage lang Einreibungen mit grauer Quecksilbersalbe gemacht worden waren. Den bedeutenden Rückgang der Temperatur in den letzten zwei Tagen der Beobachtung möchte man vielleicht geneigt sein zum Theil auf Rechnung des an diesem Tage gereichten Chinins zu setzen, doch ist sehr bemerkenswerth, dass der erste bedeutende Abfall der Abendtemperatur um 0,7° C und ein Rückgang von der vorher stets etwas höheren Morgentemperatur auf die Norm bereits stattgefunden hatte, ehe das Chinin verabreicht worden war. Auffallender Weise zeigte der Puls schon zwei Tage vor der Temperatur eine starke Verminderung. Die subjectiven Beschwerden des Kranken hielten ziemlich gleichen Schritt mit dem Fieberverlauf.

Bei der complicirten Gestaltung, welche der Fall darbot, ist leider durch die gleichzeitige Anwendung verschiedener Arzneimittel die Beobachtung nicht so rein, als wenn ausschliesslich Quecksilber gebraucht worden wäre. Aber, wie schon angedeutet, verliert die Curve dadurch nur wenig an Deutlichkeit und an Beweiskraft dafür, dass das remittirende Fieber hier nicht mehr von der Malaria abhängig war, sondern den Ausbruch der constitutionellen Syphilis begleitete. Es ist dies der einzige bis jetzt von mir beobachtete Fall, in welchem in einer so frühen Periode der Krankheit so hohes und andauerndes remittirendes Fieber vorkam, und es ist dasselbe wahrscheinlich der schweren Form, in welcher sich die Syphilis hier manifestirte, zuzuschreiben.

II.

Rheumatoide Formen der Erkrankung.

Rheumatoide Symptome als Theilerscheinung der Syphilis sind ziemlich häufig und gehören allen Stadien der constitutionellen Syphilis an. In dem eben mitgetheilten Fall sahen wir Schmerzen in verschiedenen Gelenken das Eruptionsstadium begleiten. Auch in Fällen, in welchen diese Periode der Krankheit viel leichter, dem Kranken kaum bemerklich verläuft, sind rheumatoide Erscheinungen, womit nicht etwa die jede fieberhafte Temperatur-

erhöhung begleitenden Muskelschmerzen und Hyperästhesien verwechselt werden dürfen, keine Seltenheit. Häufig ist nur ein Gelenk befallen, und oft sind Schmerzen in einem Hand- oder Kniegelenk, oder auch in einem der kleineren Gelenke, die erste und einzige Klage, womit die Kranken zum Arzte kommen. Bei genauerer Untersuchung findet sich dann Roseola, Drüsenanschwellung und eine Induration. An den schmerzhaften Stellen findet sich meist weder Schwellung, noch Röthung, aber gewöhnlich ziemliche Empfindlichkeit gegen Druck. Es scheinen hauptsächlich die fibrösen Gebilde und Knochen in der Umgebung der Gelenke Sitz des Schmerzes zu sein.

Ungleich häufiger jedoch sind rheumatoide Erscheinungen in den späteren Stadien der Syphilis, in der sogenannten tertiären Periode. Hier lassen sich nun mehrere Gruppen von Fällen unterscheiden:

1) Fälle, in denen die Krankheit ganz das Bild eines acuten Gelenkrheumatismus, mit starker Schwellung einzelner Gelenke, mit Hin- und Herziehen von einem zum anderen darbietet. Der Art waren die beiden von Dr. DUFFIN beobachteten Fälle und das Vorkommen dieser Form des Rheumatismus in Gefolge von Syphilis ist auch von Anderen schon beobachtet worden. So sagt z. B Dr. J. M. FOTHERGILL[1]), dass tertiäre Syphilis nicht blos als chronische Periostitis, sondern auch in der Form des wahren acuten Gelenkrheumatismus in Folge des durch die Kachexie veränderten Stoffwechsels auftreten könne. Es ist Dr. DUFFIN's Verdienst, auf den ausgezeichnet remittirenden Fieberverlauf in solchen Fällen und auf die wahrhaft magische Schnelligkeit, mit welcher Jodkalium das Fieber und die örtlichen Erscheinungen beseitigt, zuerst aufmerksam gemacht zu haben. Der folgende Fall, welcher als Typus dieser Form gelten kann, kam unter meine Beobachtung.

Fall 2 (s. Curve 2).

Erkrankung mit allen Erscheinungen eines gewöhnlichen acuten Gelenkrheumatismus. Nach einigen Tagen auffallend grosse Morgenremissionen bei hohen Abendtemperaturen. Albuminurie, während des Verlaufs eingetreten. Zeichen früherer Syphilis. Ziemlich rascher Rückgang des Fiebers auf kleine Dosen Jodkalium; Wiederansteigen des Fiebers nach Aussetzen der Arznei.

H. L., eine 28jährige Näherin, wurde am 23. August 1865 in's deutsche Hospital in London aufgenommen. Sie war seit einigen Tagen unter rheumatischen Erscheinungen erkrankt. Ausserdem leidet sie an Ozaena und einer alten Perforation des harten Gaumens, bietet aber sonst keinerlei Symptome von Syphilis dar; auch sind Angaben über die Zeit und den Verlauf früherer syphilitischer Affectionen in der Krankengeschichte nicht gemacht. Bei der Aufnahme Schwellung beider Fuss- und Kniegelenke, beider Ellenbogengelenke, des linken Hand- und Schultergelenks. Herz frei. Starker Schweiss. Ord.: Natr. bicarb. gr. 24 3 mal täglich und Citronensaft nach Belieben.

[1]) Dr. J. MILNER FOTHERGILL, on chronic rheumatism and its counterfeits. Edinburgh Medical Journal. 1870. February p. 690.

		Temp.	Puls		
24. Aug.	M.	38,3°	84		
	A.	39,1	84		
25. Aug.	M.	37,9	68		Ord : Die Mixtur 4mal tägl.
	A.	39,0	80		Abends Morph. gr. 1/6.
26. Aug.	M.	37,8	76	Resp.	
	A.	39,6	96	28	

Leichtes systolisches Blasen an der Herzspitze und am linken Sternalrand.

		Temp.	Puls	Resp.
27. Aug.	M.	38,0	96	24
	A.	39,3	76	28
28. Aug.	M.	38,1	68	24
	A.	38,9	96	28

Schwitzt sehr viel. Geräusch schwach.

		Temp.	Puls	Resp.
29. Aug.	M.	37,2	76	24
	A.	39,2	88	28
30. Aug.	M.	37,2	68	24
	A.	39,6	96	28
31. Aug.	M.	37,4	72	24
	A.	39,9	104	28

Geräusch etwas stärker. Urin alkalisch.

		Temp.	Puls	Resp.
1. Sept.	M.	37,4	72	24
	A.	39,6	84	24
2. Sept.	M.	37,75	76	24

Das Geräusch am Herzen schwächer, die Herzdämpfung nicht vergrössert. Urin enthält heute viel Eiweiss, während derselbe gestern noch frei davon war.

		Temp.	Puls	
	A.	39,0	76	
3. Sept.	M.	37,7	88	
	A.	39,9	100	Urin alkalisch, leichte Eiweiss-
4. Sept.	M.	36,9	68	trübung.

Herztöne ganz rein. Gelenke bis auf die linke Schulter frei.

		Temp.	Puls
	A.	39,2	96

Ord.: Natr. bicarb. gr. VI, Kali jod. gr. IIβ, Inf. Quassiae ℥β. Ms. 3mal täglich.

		Temp.	Puls	
5. Sept.	M.	37,3	80	L. Schulter schmerzfrei.
	A.	39,6	108	Urin enthält viel Eiweiss.
6. Sept.	M.	37,2	76	
	A.	39,6	80	
7. Sept.	M.	37,6	80	
	A.	39,0	88	

Schmerz im l. Ellbogen. Herz frei. Viel Eiweiss.

		Temp.	Puls
8. Sept.	M.	36,9	76
	A.	39,0	80

Urin dunkelbraunroth, spärlich, enthält viel Eiweiss, viele blasse Cylinder mit spärlichen Kernen, äusserst zahlreiche Krystalle von oxalsaurem Kalk, und Eiter-, aber keine Blutkörperchen. Sp. G. = 1022.

		Temp.	Puls	Resp.	
9. Sept.	M.	37,1	76	24	
	A.	38,0	88	28	Viel Eiweiss und oxal-
10. Sept.	M.	36,8	68	24	saurer Kalk.

		Temp.	Puls	Resp.	
10. Sept.	A.	37,6	80	24	Viel Eiweiss; Jodreaction.
11. Sept.	M.	36,4	76	20	
	A.	37,5	80	24	Weniger oxalsaurer Kalk.
12. Sept.	M.	36,95	68	20	

Seit 3 Tagen Durchfall. Aussetzen der Medicin.

	A.	37,0	80	

Ord.: Unter Tags 4mal Durchfall. Abends Tinct. Opii gutt. XX.

13. Sept.	M.	36,4	80	20	
	A.	37,35	84	24	Kein Durchfall mehr.

Urinmenge 500 C.-C.. in 24 St. Sp. G. = 1022. Weniger oxalsaurer Kalk. Viel Eiweiss. Jodreaction.

14. Sept.	M.	36,9	76	24
	A.	37,5	80	26

Jodreaction dauert noch fort.

15. Sept.	M.	37,3	68	24

Keine Jodreaction mehr im Urin nachweisbar; viel Eiweiss.

	A.	37,7	88	28
16. Sept.	M.	36,9	80	20
	A.	38,4	84	28

Ord.: Natr. bicarb. gr. VI,
Liq. Amm. acet. ℥ß,
Inf. Quassiae ad ʒß,
Ms. 3 mal täglich.

17. Sept.	M.	37,0	80	20

Weniger Eiweiss.

	A.	38,6	88	28
18. Sept.	M.	37,2	80	24

Viel Eiweiss.

	A.	39,3	80	28
19. Sept.	M.	37,8	84	28

Das rechte Fussgelenk ist das einzige noch schmerzhafte Gelenk. An der Herzspitze und längs des linken Sternalrandes ist heute wieder ein leichtes systolisches Blasen zu hören.

	A.	38,9	92	28
20. Sept.	M.	37,8	84	24
	A.	38,8	88	28
21. Sept.	M.	37,0	84	

Alle Gelenke frei. Am Herzen kein eigentliches Geräusch, aber der erste Ton nicht ganz rein.

Lungen frei, Urin enthält viel Eiweiss.

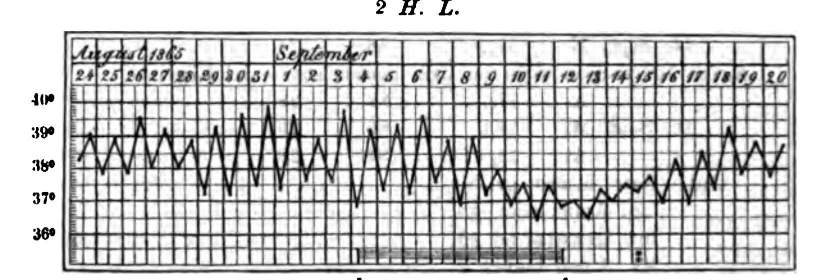
Auf ihren Wunsch entlassen.

Dieser Fall ist in mehrfacher Beziehung interessant. Eine Person, welche unzweifelhafte Spuren früherer Syphilis an sich trägt und noch an einer Eiterung in der Nasenhöhle leidet, erkrankt unter den Erscheinungen eines rheumatischen Fiebers mit Anschwellung verschiedener Gelenke, starken Schweissen und einem systolischen Blasegeräusch am Herzen. Das Fieber ist mässig hoch und nimmt allmälig einen auffallend stark remittirenden Charakter an. Mit dem Anfangs verabreichten Alkali wird nach einiger Zeit Jodkalium in kleinen Dosen ver-

bunden. Sechs Tage nach Beginn dieser Medication tritt ein starker Abfall der Abendtemperatur ein, der durch einen schon zwei Tage vorher vorhandenen geringeren Rückgang des Fiebers eingeleitet worden war und einen Tag später von völliger Fieberlosigkeit gefolgt ist. Da muss wegen inzwischen eingetretener Durchfälle die Medicin ausgesetzt werden. Sofort macht sich eine Steigerung der Temperatur bemerklich, welche, nachdem die Jodreaction vollends im Urin verschwunden, rasch wieder die alte Höhe erreicht. Die weitere Beobachtung dieses Falles wurde leider durch den Austritt der Kranken abgeschnitten. Der Fall zeichnet sich ferner aus durch die starke Oxalurie und durch die während der Beobachtung auftretende Nierenaffection.

Albuminurie ist überhaupt eine häufige Begleiterscheinung tertiär syphilitischer Affectionen und beruht wohl meistens auf amyloider Degeneration der Nieren, in selteneren Fällen auf gummatösen Processen.

2 H. L.

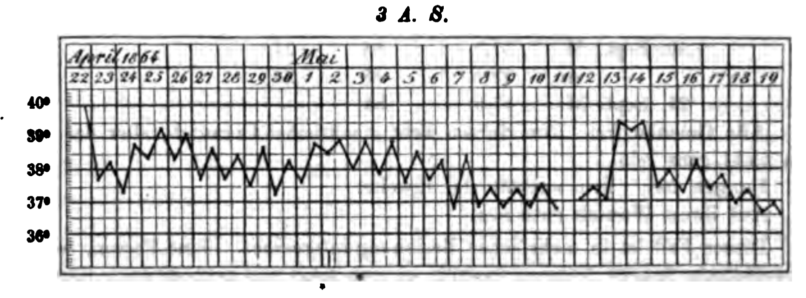


* Jodkalium, gr. VIII p. die.

** Jodreaction im Urin verschwunden.

Zum Vergleich mit dem vorhergehenden Falle will ich hier eine Beobachtung anfügen von gewöhnlichem acuten Gelenkrheumatismus, complicirt durch einen Ausbruch von secundärer Syphilis. Wie so häufig setzt sich hier die Krankheit aus einer Anzahl von Anfällen zusammen, welche mit neuen Gelenkschwellungen und neuen Fiebersteigerungen einhergehen. Während beim wahren syphilitischen Rheumatismus das Fieber ohne Unterbrechung fortdauert oft Monate lang, bis

3 A. S.



* Jodkalium gr. XV. p. die.

eine antysiphilitische Behandlung eingeleitet wird und diese letztere dann in wenigen Tagen einen entscheidenden Rückgang der Temperatur und eine auffallende Besserung der örtlichen Erscheinungen zur Folge hat, sehen wir in

diesem Fall während des Jodkaliumgebrauches zwar auch einen Temperaturabfall eintreten, allein so spät, dass kaum anzunehmen ist, dass das Jodkalium etwas damit zu thun hatte. In Fällen von wahrem syphilitischen Rheumatismus trat bei Gebrauch von 15 Gran Jodkalium des Tags schon am 3. Tage der Temperaturabfall ein, und am 4. oder 5. war die Temperatur auf die Norm zurückgegangen; hier sehen wir am 7. Tage nach Beginn der Jodkaliumbehandlung einen Temperaturabfall eintreten, der trotz Fortgebrauchs der Arznei in wenigen Tagen von einem neuen sehr beträchtlichen Ansteigen unter erneuten Gelenkaffectiouen gefolgt ist. Es ist daher wohl diese Remission der Erscheinungen als eine zufällige, im Verlauf des Rheumatismus begründete; zu erachten. Ganz ähnlich war der Verlauf in Fällen von nicht durch Syphilis complicirtem Gelenkrheumatismus, in welchen Jodkalium verabreicht worden war. Als ein Haupt-Unterschied ist besonders auch die bei wahrem syphilitischem Rheumatismus viel grössere Tagesexcursion der Temperatur hervorzuheben; das Fieber macht bei diesem viel grössere Remissionen als in dem folgenden Falle, wie ein Vergleich desselben mit Fall 2 recht deutlich erkennen lässt. Ich selbst habe überhaupt nie bei Rheumatismus acutus so grosse Remissionen gesehen als in Fällen von Syphilis, die unter dem Bilde einer acuten oder chronischen rheumatoiden Erkrankung verlief. Doch erwähnt WUNDERLICH,[1] »dass bei lentescirenden Formen des Rheumatismus die Tagesdifferenzen gewöhnlich weit beträchtlicher sind, wobei in den Morgenstunden normale Temperatur erreicht werden kann, während Abends noch mehr oder weniger beträchtliches Fieber, häufig selbst bis 40° C. besteht. Am stärksten zeigen sich die Tagesfluctuationen, wenn die Gelenk- und Knochenaffectionen sich fixiren, und es können dabei Schwankungen von 3 Graden und mehr in einem Tage vorkommen.« Die Frage, ob in solchen Fällen der Rheumatismus nicht eben von Syphilis abhing, muss dahingestellt bleiben; jedenfalls erlaubt uns diese Angabe WUNDERLICH's jedoch vorläufig nicht, die grossen Remissionen als einen durchgreifenden Unterschied zwischen syphilitischem und nicht syphilitischem Rheumatismus hinzustellen. Sie haben, wie Dr. DUFFIN's und die hier mitgetheilten Fälle beweisen, eine grosse diagnostische Bedeutung, welche jedoch erst durch die Wirkung einer specifischen Behandlung ausser allen Zweifel gesetzt wird.

Fall 3 (s. Curve 3).

Acuter Gelenkrheumatismus. Maculöses und papulöses syphilitisches Exanthem. Schleimpapeln am weichen Gaumen und den Mundwinkeln. Fieber mit mässigen Remissionen; wiederholte Fiebersteigerungen, mit dem Ergriffenwerden neuer Gelenke zusammenfallend. Jodkalium ohne auffallenden Einfluss.

A. S., 27jährige Frau, deren Mann um dieselbe Zeit ambulatorisch an Syphilis (Schleimpapeln) behandelt wurde, liess sich am 22. April 1864 in's deutsche Hospital in London aufnehmen. Sie war Tags zuvor unter Schüttelfrost erkrankt, nachdem sie sich während des Umzugs in eine andere Wohnung und durch Waschen erkältet hätte. Sie klagt bei der Aufnahme über Schmerzen im rechten Handgelenk und in beiden Knieen, welche stark angeschwollen sind.

---

[1] l. c. XIX. § 4. pag. 364 (edit. I.).

Ueber den ganzen Körper zerstreut finden sich zahlreiche Roseolaflecken und Knötchen, und an den Mundwinkeln und dem weichen Gaumen Schleimpapeln. Ueber die Dauer dieser syphilitischen Erscheinungen ist Näheres nicht eruirt worden.

Am 25. April schwoll das rechte Fussgelenk an und am 2. Mai fiel die Morgensteigernng der Temperatur mit noch stärkerer Schwellung und Röthung dieses Gelenks, welche über Nacht aufgetreten war, zusammen. Unter starken Schweissen gingen in den folgenden Tagen langsam die örtlichen und allgemeinen Erscheinungen zurück, während vom 2. Mai an Jodkalium zu 15 Gran pro die genommen wurde. Am 13. Mai trat unter erneuter Anschwellung und Schmerzhaftigkeit beider Handgelenke, die sich im Laufe des Vormittags ausbildete, eine neue starke Fiebersteigerung ein, welche erst nach 5 Tagen wieder zurückging. Am 16. Mai wurde aufs Neue über die rechte Schulter geklagt. Vom 18. Mai an blieb die Fieberlosigkeit ununterbrochen, und Patientin erholte sich unter dem Gebrauch des Jodeisensyrups ziemlich rasch. Auch die Erscheinungen der Syphilis verschwanden allmälig, so dass sie am 24. Juni entlassen werden konnte.

An die Form von polyarticulärem acuten syphilitischen Gelenkrheumatismus schliessen sich

2) **Fälle an, in welchen die Affection auf einzelne Gelenke fixirt ist, ähnlich wie beim Rheumatismus monoarticularis.** Diese Fälle stehen jedoch schon in näherer Beziehung zur **Periostitis**, und hier sind ohne Zweifel bereits tiefere Erkrankungen der das Gelenk zusammensetzenden Gewebe vorhanden. In einer noch schwereren Form dieser Art und nach längerem Bestehen ist der Gelenkerguss nicht mehr von auffallenden entzündlichen Erscheinungen begleitet, und hat wahrscheinlich der Gelenkknorpel selbst gelitten. Ich habe mehrere Fälle der Art beobachtet und mich auch von dem ausserordentlich günstigen Einfluss des Jodkaliums überzeugt, aber es dauert viel länger, bis solche Gelenkanschwellungen wieder zurückgebildet sind, und nach Aussetzen des Mittels tritt sehr leicht Recidiv ein. Solche sehr chronische Fälle können ohne abnorme Temperaturerhöhung bestehen.

Ein Fall mit Befallensein eines einzigen Gelenkes war der folgende:

Fall 4 (s. Curve 4).

Kachektischer Zustand. Milzvergrösserung. Albuminurie. Knochenauftreibungen und Anschwellung des rechten Ellbogengelenkes. Mässiges Fieber mit Morgenremissionen bis auf die Norm. Vorübergehender Einfluss von Chinin auf das Fieber; dauerndes Verschwinden desselben erst auf Jodkalium. — Tod 7 Jahre später an Urämie. Granularatrophie der Nieren mit amyloider Degenertion.

J. S., ein 45jähriger Stockmacher, wurde am 7. Juni 1864 in das deutsche Hospital in London aufgenommen. Er giebt an, seit fünf Monaten nicht gesund zu sein und an Appetitmangel und Schwäche zu leiden. Vor acht Jahren hatte er secundäre Syphilis. Der Mann ist schlecht genährt und von erdfahler Hautfarbe. In der Mitte des rechten, und am unteren Ende des linken Schienbeins finden sich Auftreibungen, die jedoch nicht schmerzhaft sind. Die Milz deutlich vergrössert. Geringes Fieber. Urin nicht eiweisshaltig. Brustorgane frei.

Am 8. Nachmittags klagte er etwas über Frösteln. Frostanfälle hat er jedoch bis jetzt nicht gehabt.

Temp.

8. Juni. A. 39,0° C.
9. Juni. M. 37,0

Hat in der Nacht stark geschwitzt und fühlt sich heute besser. Nachmittag gegen 4 Uhr wieder Frösteln.

A. 38,9 Puls 88
10. Juni. M. 36,7

Nachts wieder starker Schweiss. Hat Hunger. Klagt über Schmerzhaftigkeit des rechten Ellbogengelenks. Dasselbe ist stark geschwollen. Schmerzhaftigkeit in demselben soll schon über ein Jahr bestehen.

A. 38,3

Ord.: Chinin gr. x. Abends 8.

11. Juni. M. 36,4 Chinin gr. x. Nachm. 2.
A. 38,3
12. Juni. M. 36,4 Chinin gr. x. Morgens 8 und Nachm 2.
A. 37,0 72
13. Juni. M. 36,0 72 Chinin gr. x. Nachm. 2.
A. 36,8

Jede Nacht starker Schweiss. Herpes labialis.

14. Juni. M. 37,0 84 Chinin gr. x.
A. 37,4

Urin sehr hell, enthält eine geringe Menge Albumen. Nirgends Oedeme. Sagt jedoch auf Befragen, dass in den letzten Jahren nach langem Stehen zuweilen seine Füsse angeschwollen seien.

15. Juni. M. 36,7 68 Chinin gr. x.
A. 38,2 92
16. Juni. M. 36,8 80 Chinin gr. x.
A. 38,3 88

Nach dem Abendessen Erbrechen.

17. Juni. M. 36,7 76 Ord.: Chinin ausgesetzt. Liq. Ammon.
A. 37,9 88 acet. ʒij 3 mal täglich.
18. Juni. M. 37,3 84

Nachts Gliederschmerzen, Schlaflosigkeit. Urin enthält viel Eiweiss. Sp. G. = 1012.

A. 38,0 68
19. Juni. M. 36,9 76

Wurde durch Schmerzen in den Schienbeinen und im Ellbogengelenk bis gegen Morgen wach gehalten.

A. 38,2 76
20 Juni. M. 36,7 80

Nachts Leibschmerzen und mehrmaliger Durchfall. Milz ist noch sehr gross, fühlbar.

A. 38,2 88
21. Juni. M. 37,1 84
A. 37,4 72
22. Juni. M. 36,9 80
A. 37,9 84

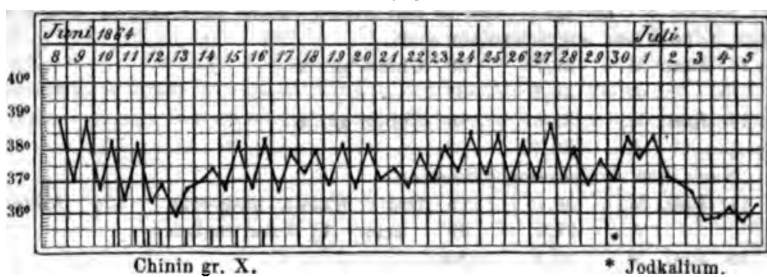
Durchfall dauert fort. — Liq. Amm. acet. ausgesetzt.
Ord.: Tinct. Opii ʒβ.
Mixt. oleos-gumm. ℥VI.
Ms. 3 mal tägl. 1/2 ℥.

23. Juni.	M.	37,0	80	
	A.	38,1	96	
24. Juni.	M.	37,3	80	
	A.	38,5	96	

Durchfall seit heute Morgen vorüber.

25. Juni.	M.	37,1	76	Medicin ausgesetzt.
	A.	38,5	92	
26. Juni.	M.	37,0	68	
	A.	38,2	72	
27. Juni.	M.	37,0	72	
	A.	38,9	92	
28. Juni.	M.	37,0	80	
	A.	38,1	96	
29. Juni.	M.	36,9	80	Klagt über Schlaflosigkeit und allgemeine
	A.	37,7	88	Mattigkeit.
30. Juni.	M.	37,0	92	Ord.: Kali jod. gr. v. 3 mal tägl.
	A.	38,4	80	
1. Juli.	M.	37,7	84	
	A.	38,5	104	

4. J. S.



Chinin gr. X. * Jodkalium.

2. Juli.	M.	37,1	88	
	A.	36,9	—	
3. Juli.	M.	36,6	76	Sehr guter Appetit.
	A.	35,8	60	
4. Juli.	M.	35,9	76	Starker Jodausschlag im Gesicht.
	A.	36,1	—	
5. Juli.	M.	35,7		
	A.	36,2		
6. Juli.	M.	37,8	Urin enthält weniger Eiweiss.	
	A.	37,1		
7. Juli.	M.	35,8		
	A.	36,0		
8. Juli.	M.	35,8		
	A.	36,4		

9. Juli. M. 35,7 Urin enthält kaum eine Spur von Eiweiss. Menge
A. 36,3 sehr gross.

10. Juli. M. 35,9 Von gestern Abend 7 bis heute Morgens 10 3500 CC. Urin entleert. Eiweissmenge sehr gering.

16. Juli. War fortwährend fieberfrei und hat sich sehr erholt, Milz nicht mehr fühlbar, 10×13 Cm. Sehr starker Jodausschlag im Gesicht, am übrigen Körper kein Ausschlag. Eiweissgehalt des Urins gering. Erhält Jodkalium zum Fortgebrauch und wird entlassen.

Der Kranke, der meist in sehr schlechten Verhältnissen lebte, war im Jahre 1869 wieder vorübergehend im Hospital mit Lähmungserscheinungen in der linken oberen Extremität, über welche ich jedoch leider keine genaueren Angaben machen kann. Ende März 1871 wurde er mit Bronchialkatarrh und Diarrhöe wieder aufgenommen. Die Lähmung war wieder ganz verschwunden. Urin schwach eiweisshaltig. Nach mehrtägigen urämischen Erscheinungen starb er am 6. April. In den letzten Tagen vor dem Tode waren mehrmals unregelmässige Temperatursteigerungen beobachtet worden.

Sectionsbefund:

Mässig genährte Leiche. Musculatur gut entwickelt Füsse unter den äusseren Knöcheln ein wenig ödematös, sonst weder Oedeme, noch hydropische Ergüsse. Am unteren Ende der linken Tibia eine kleine mit dem Knochen fest verwachsene eingezogene Narbe mit ziemlich stark pigmentirter Umgebung. Die rechte Tibia bietet nichts Abnormes.

Auf der äusseren Oberfläche des Schädeldaches links von der Sutura sagittalis auf dem Seitenwandbein eine groschengrosse flache Einsenkung mit strahligen Rändern. An der Innenfläche des Stirnbeins dicht über dem Orbitaldach jederseits eine mit etwas schmälerer Basis aufsitzende am Rande scharfzackige Exostose, welche linkerseits die Dura mater durchsetzt. Letztere mit der Exostose fest verwachsen und auch sonst, namentlich entlang des Sinus longitudinalis, dem Schädeldach fest adhärirend. Pia stellenweise etwas getrübt. Starker Blutreichthum der Pia, der Plexus und des Gehirns, welches übrigens keine Abnormitäten erkennen lässt.

Brust: Lungen stellenweise fest adhärirend. Hier und da auf der Oberfläche eine strahlige weisse Narbe, theilweise ohne Adhärenz an die Costalpleura. Die hinteren unteren Lungenpartien sehr ödematös und stellenweise sehr brüchig. Kleine Schwielen in den Lungenspitzen. In der Trachea 1 Zoll über der Theilungsstelle eine kleine strahlige Pigmentirung; dahinter eine damit fest verwachsene im Innern theilweise verkalkte, stark pigmentirte Lymphdrüse.

Herz schlaff, der linke Ventrikel nicht hypertrophisch. Herzfleisch blass, doch nicht auffallend brüchig. Mitralis am Rande stark verdickt, ebenso 1 Sehnenfaden derselben in seiner ganzen Länge In der Aorta an einzelnen Stellen kleine Auflagerungen.

Bauchhöhle leer, Netz ziemlich fettreich. Leber durch alte, zum Theil vascularisirte Adhäsionen mit Zwerchfall, Magen und Colon verwachsen. Besonders fest ist das Anfangsstück des Duodenums, welches etwas emporgezogen ist, mit der Stelle verwachsen, an welcher die Gallenblase liegen sollte. Statt letzterer findet sich eine höckerige Geschwulst, welche durch 2 taubeneigrosse in die geschrumpfte Gallenblase eingeschlossene, auf der Oberfläche rauhe Gallensteine gebildet wird. Lebergewebe ziemlich kleinlappig, mässig blutreich.

Milz gross, von normaler Consistenz.

Nieren durch bedeutende Schrumpfung der Rindensubstanz stark verkleinert, mit feingranulirter Oberfläche. Das Mikroskop zeigt eine bedeutende Wucherung von Bindegewebe und Schrumpfung der Drüsensubstanz. Auf Schnitten fällt sofort das Nahebeisammenstehen und, in Folge dessen, die scheinbar grosse Zahl der Glomeruli, deren Kapseln bedeutend verdickt sind, auf. Deutliche, wenn auch nur schwache, Amyloidreaction der Glomeruli mit Jod und Schwefelsäure.

Magen nnd Darmkanal bieten nichts Besonderes; ersterer etwas dilatirt, wohl durch den erschwerten Durchtritt seines Inhalts durch das Anfangsstück des Duodenums.

An verschiedenen Stellen des Peritoneums alte, strahlige Narben.

Inguinaldrüsen klein, auf dem Durchschnitt im Centrum auffallend zäh und von bindegewebigem Aussehen.

Rheumatoide Erscheinungen sind endlich abhängig

3) von acuten oder chronischen Processen des Periosts, der fibrösen Apparate um die Gelenke und des Knochens selbst. Es finden sich in solchen Fällen bei Druck schmerzhafte Stellen im Verlauf der Knochen mit oder auch ohne Auftreibung. Zuweilen sind die ein Gelenk zusammensetzenden Knochenenden bei Druck sehr empfindlich, die Schmerzen auf die Gelenkgegend beschränkt und so chronischen Rheumatismus simulirend. Nicht alle Fälle dieser Art verlaufen mit regelmässigen Erscheinungen.

Manche Fälle von syphilitischer Periostitis bei heruntergekommenen Kranken können in täuschender Weise unter dem Bilde einer gewöhnlichen chronischen Lungenphthise verlaufen, besonders wenn etwa Residuen abgelaufener Spitzenaffectionen vorhanden sind, deren Chronologie selbstverständlich durch die physikalischen Erscheinungen und auch durch die Anamnese meist nicht erwiesen wird. Gliederschmerzen sind bei Lungenphtisis häufig genug vorhanden und bei Syphilis auch nicht immer von deutlich in die Augen fallenden Knochen- oder Gelenkauftreibungen begleitet. Beiden Affectionen kommt aber ein ausgezeichnet remittirender Fieberverlauf zu, welcher in mehreren der hier mitgetheilten Fälle, und besonders in dem folgenden (Fall 5) zunächst den Gedanken wach rief, dass es sich einfach um eine Lungenschwindsucht mit noch wenig ausgesprochenen physikalischen Erscheinungen handle. Auch Dr. Duffin wurde in seinen beiden Fällen von syphilitischem Rheumatismus durch den auffallend remittirenden Character des Fiebers zu einer genauen Untersuchung der Brustorgane veranlasst, die jedoch ein negatives Resultat gab.

Der folgende Fall ist ein sehr instructives Beispiel dieser unter dem Bilde der chronischen Lungenphtise verlaufenden Form:

Fall 5.

Verdacht auf Lungenphthise. Schmerzen in der Gegend des rechten Kniegelenks Leichte Auftreibung am unteren Ende der rechten Tibia, haselnussgrosse schmerzlose Auftreibung am Stirnbein. Schüttelfröste. Remittirendes Fieber. Rasches

Verschwinden des Fiebers und aller übrigen Erscheinungen auf Jodkaliumgebrauch. — Tod 2½ Jahre später durch käsige Infiltration der rechten Lunge, amyloide Degeneration der grossen Unterleibsdrüsen und Geschwürsprocess im Dickdarm.

A. S., ein 31jähriger Ingenieur, aus Holland gebürtig, wurde am 19. Januar 1865 in's deutsche Hospital in London aufgenommen. Der Vater des Kranken war an Blutsturz gestorben. Er selbst hatte von Jugend auf mehrmals an Wechselfieber gelitten und hatte zum ersten Mal Hals- und Brusterscheinungen vor zwei Jahren auf einer Reise in China. Zweimal hatte er Rheumatismus, vor 13 und 9 Monaten. Klagt jetzt über allgemeines Unwohlsein, Schmerz in der linken Brusthälfte zwischen 3. und 4. Rippe und im rechten Knie. Er hustet und hat etwas Auswurf.

Patient ist sehr mager und bleich, seine Brust ist schmal und von geringem Tiefendurchmesser; die Intercostalräume sind weit. Die Percussion ergiebt nur vorne oben einen geringen Unterschied zu Ungunsten der rechten Seite, das Athemgeräusch ist jedoch beiderseits völlig gleich, allenthalben sehr schwach. Rasselgeräusche sind nirgends zu hören. Herzdämpfung und Töne normal.

Die hintere Rachenwand bietet in der oberen Hälfte das Aussehen einer leicht narbigen, jedoch nicht strahligen Fläche, die zur Trockenheit neigt. Am weichen Gaumen keine Defecte oder Narben. Die Nackendrüsen ziemlich stark vergrössert.

Am rechten Knie ist nichts Abnormes wahrnehmbar, Druck ist schmerzhaft, besonders entlang der Innenfläche des Oberschenkels.

		Temp.	Puls	Resp.
19. Jan.	A.	38,5° C.	84	
20. Jan.	M.	37,4	76	20
	A.	39,1	80	24

Hatte Abends 7 Uhr kurzdauernden Schüttelfrost und klagt sehr über Schmerzen im Knie.

21. Jan.	M.	37,3	64	20

Hat trotz einer Morphium, Aqua lauroc. und Natron bicarb. enthaltenden Mixtur nur wenig geschlafen. Urin enthält kein Eiweiss. Nachm. 5 Uhr Chinin gr. v.

	A.	39,25	88	32	
22. Jan.	M.	37,3	64	20	Nachm. Chinin gr. v.
	A.	38,7	61	—	
23. Jan.	M.	37,6	76	Nachm. Chinin gr. v.	
	A.	39,2	76		
24. Jan.	M.	37,3	68		

Die Nächte etwas besser, klagt jedoch noch immer sehr über das rechte Knie, an welchem bei wiederholter Untersuchung keine Veränderung aufzufinden ist. Dagegen stösst man bei der Untersuchung zufällig auf eine bei Druck schmerzhafte ganz leichte Anschwellung am unteren Ende der rechten Tibia und hierdurch aufmerksam gemacht, durchmustert man nun sämmtliche zugängliche Knochen, wobei sich in der Mitte der linken Tibia eine harte, schmerzlose Auftreibung und am äusseren Ende des rechten Supraorbitalbogens eine haselnussgrosse, ziemlich weiche, aber bei Druck nur wenig schmerzhafte Geschwulst findet, welche dem Kranken selbst unbemerkt geblieben war. An den Genitalien

sind keine Narben, noch sind irgendwo Reste einer syphilitischen Hautaffection nachweisbar. Die Nackendrüsen sind ziemlich gross, die Inguinaldrüsen kleiner als erstere, Cubitaldrüsen nicht nachweisbar. Patient leugnet jede syphilitische Affection und will nur einmal an Strictur gelitten haben, wovon er jedoch gegenwärtig keine Beschwerden hat.

Ord.: Kali jod. gr. v. ter die und jeden Nachmittag Chinin gr. v.

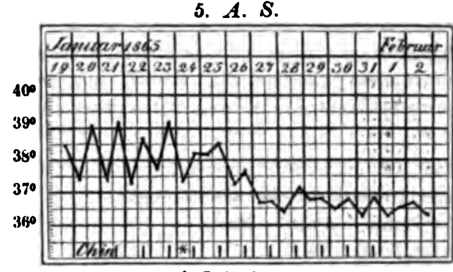
24. Jan.	A.	38,2	76
25. Jan.	M.	38,2	88

Nachts wenig geschlafen, viel Schmerzen im Knie. Vormittags 9 Uhr leichter Schüttelfrost.

	A.	38,5	80
26. Jan.	M.	37,2	76
	A.	37,6	68
27. Jan.	M.	36,6	68
	A.	36,65	80

Urin heller als bisher, enthält kein Albumen, giebt deutliche Jodreaction.

5. *A. S.*



* Jodkalium.

28. Jan.	M.	36,4	64	
	A.	37,1	72	
29. Jan.	M.	36,8	68	Bessere Nächte. Guter Appetit.
	A.	36,8	68	
30. Jan.	M.	36,5	72	Geschwulst am Stirnbein merklich kleiner.
	A.	36,8	68	
31. Jan.	M.	36,2	70	
	A.	36,8	52	
1. Febr.	M.	36,3	68	Chinin ausgesetzt.
	A.	36,5	70	
2. Febr.	M.	36,6	68	
	A.	36,4	—	

3. Febr. Die Auftreibungen des Stirnbeins fast verschwunden. Aus dem Hospital entlassen. Stellt sich als Ambulant vor am

18. Febr. Von der Geschwulst am Stirnbein nichts mehr zu sehen. Schmerzen im Knie verschwunden. Aussehen und Kräftezustand viel besser.

Im Jahre 1866 lag Patient aufs Neue im Hospital mit Orchitis und einem grossen Knochengeschwür der rechten Tibia. Er wurde durch Jodkalium geheilt, kam jedoch im Frühling 1867 mit Infiltration des rechten oberen Lungenlappens, Albuminurie und ruhrartiger Diarrhöe wieder in's Hospital und starb am 16.

August 1867. Ueber den Verlauf dieser letzten Krankheit kann ich nichts Näheres mittheilen. Doch hatte ich Gelegenheit, der Section beizuwohnen.

Sectionsbefund: Abgemagerte Leiche.

Kopf: Ziemlich starke diffuse Trübung der weichen Hirnhäute; das Gehirn blass, wasserreich.

Brust: Graue, käsige Infiltration des rechten oberen und des vorderen Theiles des Mittellappens. Lungen sonst mit Ausnahme sehr spärlicher, stecknadelkopfgrosser, schwieliger Bindegewebsknoten und leichter Verwachsungen an den Spitzen, vollkommen frei. Trachea und Bronchien normal.

Fettdegeneration des Herzfleisches. Linker Ventrikel nicht hypertrophirt.

Amyloide Degeneration der Leber, der Milz und der Nieren, welch letztere etwas granulirt und stark fettig degenerirt sind.

Geschwürs- und Narbenbildung im Dickdarm.

Katarrh des Dünndarms.

Beide Tibiae etwas aufgetrieben, an den Unterschenkeln die Narben früherer Geschwüre.

Nach der Anamnese und dem Befund der Brust war der Verdacht auf Lungenschwindsucht in diesem Fall sehr gerechtfertigt und erhielt keine geringe Stütze durch den Verlauf des Fiebers. Nicht wenig überraschend war demnach der Einfluss des Jodkaliums auf letzteres. Drei Tage genügten, die Temperatur auf die Norm zurückzuführen und eine stetige Besserung des Allgemeinzustandes wie der örtlichen Veränderungen an den Knochen einzuleiten. Obwohl ich die Fälle 1 und 4 vor diesem beobachtet hatte und auf das Charakteristische des Fiebers bei tertiär-syphilitischen Affectionen bereits aufmerksam geworden war, war es doch erst dieser Fall, der mich die hohe praktische Bedeutung der Temperaturbeobachtung in der Syphilis für Diagnose und Behandlung recht deutlich erkennen liess.

Unter den Krankheitszuständen, welche mit hektischem Fieber verlaufen, nimmt demnach auch die Syphilis eine hervorragende Stelle ein und in Fällen dunklen chronischen Allgemeinleidens kann durch diesen Fieberverlauf häufig ein Anhaltspunkt für die Diagnose gewonnen werden. Wo immer neben verdächtigen Brusterscheinungen und remittirendem Fieber sich die geringsten weiteren Anhaltspunkte für die Annahme von Syphilis ergeben, ist die Verabreichung von Jodkalium dringend geboten und im Stande, in wenigen Tagen die differentielle Diagnose zu sichern. Ist das Fieber von syphilitischen Affectionen abhängig, so wird es innerhalb 3 bis 4 Tagen verschwunden sein, was bei von Lungenschwindsucht oder Eiteransammlungen abhängigem hektischen Fieber nicht der Fall ist.

Swediaur [1]) schon war es wohl bekannt, dass Syphilis unter gewissen Umständen einer Lungenphtise täuschend ähnlich sein kann. Er sagt a. a. O.: »Ich habe mehrere Fälle gesehen, in welchen ein hektisches Fieber mit Husten und zuweilen selbst mit eitrigem Auswurf, weit entfernt, seinen Ursprung Lungengeschwüren zu verdanken, vielmehr von latentem venerischen Gift, ohne irgend welche andere venerische Symptome im Körper, abhängig war.« Und weiterhin erwähnt er eines komischen, von Brambilla erzählten Falles: »Für einen Schwindsüchtigen, der in einem verzweifelten Zustande sich befand, war eine

[1]) Swediaur, practical observations on venereal complaints. Ed. III. 1788. p. 240.

Latwerge verschrieben worden. Durch ein Versehen des Apothekers wurde die Latwerge einem Syphilitischen gesandt, um sich damit einzureiben, und die für den Letzteren bestimmte Mercurialsalbe erhielt der Schwindsüchtige zum innerlichen Gebrauch. Der Schwindsüchtige, der von diesem Versehen nichts wusste, nahm zwei- oder dreimal des Tages eine Portion der Quecksilbersalbe und genas von seinem Leiden, zum nicht geringen Erstaunen seines Arztes, der zufällig durch den Apotheker von dem vorgekommenen Versehen hörte.«

III.

Die ulceröse Form der tertiären Syphilis.

Fall 6.

Bild einer acuten, der Diphterie ähnlichen Affection. Geschwür hinter dem linken hinteren Gaumenbogen. Dämpfung in der Milzgegend. Ab und zu etwas Eiweiss im Urin. Bronchitis und katarrhalische Pneumonie. Serpiginöse Geschwüre, aus einem Furunkel und aus Ecthymapusteln hervorgehend, 4 Wochen nach Eintritt ins Hospital. Remittirendes Fieber von mehr als dreimonatlicher, ununterbrochener Dauer, schwindet in wenigen Tagen während des Gebrauchs von Jodkalium. Neues Ansteigen der Temperatur nach Aussetzen desselben wegen Durchfalls und abermaliger Rückgang, als wieder Jodkalium verabreicht wurde.

M. E., 29 Jahre alt, Köchin, erkrankte am 1. März 1865 mit Schmerzen im Hals und Fieber, nachdem sie ihrer Angabe nach vorher stets gesund war und nur ab und zu an Husten gelitten hatte. Am 25. März wurde sie ins deutsche Hospital in London aufgenommen. St. praes. Wohlgenährte Person, spricht etwas näselnd. Weicher Gaumen und Mandeln etwas geröthet, aber nicht geschwollen. Auf einer Schleimhautfalte hinter dem linken hinteren Gaumenbogen findet sich ein erbsengrosses Geschwür mit scharfem Rande und gelber Basis, welche gegen die stark geröthete Umrandung stark absticht. Die Nackendrüsen sind klein und ziemlich hart.

Percussionsschall LVO etwas gedämpft; erhebliche Dämpfung in der Milzgegend, beim Einathmen nach abwärts rückend. Athemgeräusch LVO dem bronchialen sich nähernd, von klingenden Rasselgeräuschen begleitet, R sehr scharfes Athemgeräusch; hinten keine Rasselgeräusche. Herzdämpfung und Töne normal. — Keinerlei Ausschlag auf der Haut. Zunge stark belegt. Stuhl unregelmässig. — Urin dunkel, mit starkem Uratsediment, enthält etwas Eiweiss.

		Temp.	Puls	Resp.	
25. März	A.	38,9°	92	28	Ord.: Kali chloric. gr. v. ter die.
26. März	M.	37,8	88	30.	
	A.	38,8	104	32	
27. März	M.	37,7	76	28	Kali hypermangan. zum Gurgeln.
	A.	38,7	80	28	
28. März	M.	37,6	76	28	
	A.	38,9	88	30	
29. März	M.	38,1	80	28	
	A.	38,8	104	28	

Der Rand des Geschwürs flacher und weniger geröthet.

Zunge stets sehr belegt und etwas zur Trockenheit neigend. Die Dämpfung LVO weniger ausgesprochen, kein klingendes Rasseln, sondern nur Rh. sibilans; das Athemgeräusch rauh. Auch RO etwas Rh. sibilans neben scharfem Athmen. Nirgends Bronchialathmen. Keinerlei Exanthem. Urin sehr concentrirt, enthält heute wieder etwas Eiweiss, währand er an den beiden letzten Tagen frei davon gewesen war.

Ord.: Chin. sulph. gr. v. jeden Nachmittag.

In der nun folgenden Woche gingen die Brusterscheinungen und das Fieber noch weiter zurück, das Geschwür im Halse begann sich zu reinigen und kleiner zu werden. Allein diese Remission der Erscheinungen war nur von kurzer Dauer, wie der folgende Auszug aus der Fiebertabelle zeigt:

		Temp.	Puls	Resp.
4. Apr.	M.	37,4°	68	28
	A.	37,7	80	28
5. Apr.	M.	37,3	68	36
	A.	38,4	88	—
6. Apr.	M.	37,6	68	26
	A.	38,4	76	36
7. Apr.	M.	37,3	64	24
	A.	37,5	68	24
8. Apr.	M.	37,5	72	24
	A.	38,0	100	32
9. Apr.	M.	37,3	72	24
	A.	38,3	78	34
10. Apr.	M.	37,6	72	36
	A.	38,5	80	32
11. Apr.	M.	37,2	80	28
	A.	39,3	96	32

LV zwischen 3. und 4. Rippenknorpel sehr spärliches klingendes Rasseln beim Inspirium, Schmerzhaftigkeit bei Percussion des Sternums nnd der R daran grenzenden Partie Schmerz RHU, wo ziemlich reichliches inspiratorisches Rasseln zu hören ist.

Urin seit 2. Apr. eiweissfrei.

Am 13. Apr. wurde wegen mehrmaligen Erbrechens Chinin und Kali chloric. ausgesetzt und eine Saturation verordnet.

Die Erscheinungen auf der Brust dauerten mit wechselnder Intensität fort, die Schmerzhaftigkeit blieb unverändert bestehen.

Am 15. Apr. war das Geschwür im Hals vernarbt und an der Stelle nur noch ein seichtes Grübchen sichtbar. Die hintere Rachenwand ist aber jetzt stärker geröthet als bisher, und aus den Choanen kommt dicker gelber Eiter herunter. Beweglichkeit des weichen Gaumens und der Gaumenbögen normal.

Da das Fieber unverändert mit Morgentemperaturen von 37,6—9° und Abenderhebungen bis auf 39° fortbesteht, wird am 18. Apr. abermals Chinin verordnet; 4 gränige Dosen für den Tag blieben jedoch ohne allen Einfluss auf das Fieber. Auf der Brust war wieder mehr Rhonchus sibilans und HU beiderseits kleinblasiges, inspiratorisches Rasselgeräusch und auch LV neben der Herzdämpfung wieder spärliches klingendes Rasseln zu hören. Die Milzvergrösserung besteht fort.

Am 29. April wurde, während das Fieber in ganz gleicher Weise fortdauerte, über Schmerz in der rechten Wade geklagt und als Ursache desselben ein kleiner Furunkel entdeckt, welcher sich am 5. Mai öffnete. Am Nachmittag desselben Tages kurzdauernder Schüttelfrost und darauf Abendtemperatur von 39,6°.

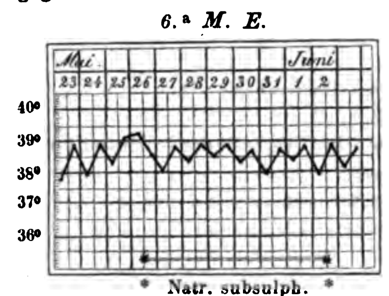
Am 6. Mai wurde im Hals ein neues Geschwür entdeckt und zwar in der hinteren Rachenwand, die in letzter Zeit ein feingranulirtes, stark geröthetes Aussehen angenommen hatte. Das Geschwür sitzt gerade hinter der Uvula, durchsetzt an einer Stelle die ganze Dicke der Schleimhaut und hat unregelmässig ausgezackte Ränder. Schon seit Anfang Mai waren Einspritzungen einer Lösung von übermangansaurem Kali in die Nase verordnet worden und während Patientin nun auch mit derselben Flüssigkeit gurgelte, reinigte sich das Geschwür im Hals sehr rasch, so dass schon am 11. Mai ein bedeutender Fortschritt in der Heilung bemerklich war; Anfang Juni war es ganz vernarbt.

Der Furunkel an der rechten Wade verwandelte sich zunächst in eine schlaffe Höhle, umgeben von einem rosenrothen Hof von 1/2 Cm. Breite. Unter einem Verband mit Vinum aromaticum füllte sich die Höhle sehr langsam mit Granulationen aus. Anfang Juni hatten die Granulationen das Niveau der umgebenden Haut erreicht; allein während nun im Centrum sich eine kleine Narbeninsel bildete, schritt an der Peripherie die Ulceration fort, so zwar, dass sich zuerst die Epidermis abhebt und dann die darunter liegende Cutis in kleinen, rundlichen Partien zu Grunde geht; der so gebildete Geschwürsrand lässt sich am besten dem muschligen Bruch eines Steines vergleichen.

Am 29. Mai entstanden an der rechten Schulter und am linken Vorderarm je eine grosse flache Ecthymapustel, welche sich weiterhin in oberflächliche Geschwüre von dem oben beschriebenen Charakter verwandelten.

Um diese Zeit machte das Fieber zum ersten Male während der ganzen Beobachtung eine Abweichung von dem bisherigen regelmässigen remittirenden Verlauf. Diese Abweichung fiel zusammen mit dem Gebrauch von unterschwefligsaurem Natron, welches vom 26. Mai an in Dosen von 6 Gran 3 mal täglich gegeben wurde, und bestand darin, dass die Abendtemperaturen um 0,1—0,3° niedriger wurden als bisher, die Morgentemperatur dagegen meist über 38,3° sich erhob. Als am 2. Juni das Mittel wegen Durchfalls ausgesetzt werden musste, stellte sich sofort der frühere Typus des Fiebers wieder her.

6.a M. E.



Das Geschwür an der Wade zeigte am 11. Juni eine Narbenbrücke vom Centrum nach dem unteren Rande hin, welche sich in den folgenden Tagen rasch verbreiterte und eine auffallend starke Epidermiswucherung zeigte. Die beiden oben erwähnten Pusteln waren unterdessen verkrustet, und eine oberflächliche Verschwärung breitete sich von ihnen ringsum aus und schritt als ganz schmale Furche nach der Peripherie fort, während im Centrum sich schon Narbe bilde.

Am 10. Juni war im Urin wieder etwas Eiweiss nachweisbar, welches jedoch schon in den folgenden Tagen wieder völlig verschwand.

Die Untersuchung der Brust ergiebt am 12. Juni Fortbestand der Rassel-

geräusche. Ein Percussionsunterschied ist jedoch oben nicht mehr nachweisbar. Die Dämpfung in der Milzgegend besteht fort.

Da der Charakter der Hautgeschwüre über ihre Natur kaum einen Zweifel liess, wurde am 13. Juni folgende Medicin verordnet:

Syrup. ferri jodat. gutt. v.
Kali jodat. gr. ijβ
Aquae destill. ℥β
Ms. 3 mal täglich zu nehmen.

Die Vermuthung, dass es sich hier um eine syphilitische Affection handle, erhielt eine neue Stütze durch die Entdeckung eines groschengrossen Defectes in der Nasenscheidewand, welcher einige Tage vorher dadurch aufgefunden wurde, dass nun auf einmal die in ein Nasenloch eingespritzie Flüssigkeit durch das andere ablief. Von früheren syphilitischen Affectionen war die einzig noch nachweisbare Spur eine Reihe von blassen Narben mit schmalem Pigmentsaum an der Innenfläche beider Oberschenkel, an die grossen Labien anstossend und wahrscheinlich von früheren Schleimtuberkeln herrührend. Patientin leugnet jede Kenntniss der Narben oder vorausgegangener Geschwüre. Die Inguinaldrüsen sind beiderseits etwas vergrössert, die Nackendrüsen nicht im Mindesten. Auch die Cubitaldrüsen sind nicht nachweisbar.

Unter dem Gebrauch der Jodarznei gestaltete sich der Fieberverlauf folgendermassen:

		Temp.	Puls	Resp.	
13. Juni	M.	37,8	84	24	
	A.	39,1	88	28	
14. Juni	M.	37,8	80	24	
	A.	38,9	104	36	
15. Juni	M.	37,4	88	28	
	A.	38,6	100	32	Urin giebt Jodreaction.
16. Juni	M.	37,2	100	24	
	A.	37,9	88	28	
17. Juni	M.	36,8	84	24	
	A.	37,6	88	30	
18. Juni	M.	36,9	96	24	
	A.	37,6	84	28	
19. Juni	M.	37,1	96	24	
	A.	37,6	84	24	
20, Juni	M.	37,1	90	24	
	A.	37,3	88	24	

6.b *M. E.*

Das Geschwür am Bein ist fast geheilt, die Geschwüre an den Armen sind im Centrum vernarbt, schreiten jedoch am Rande noch etwas fort.

		Temp.	Puls	Resp.
21. Juni	M.	37,0	100	24
	A.	37,4	88	24
22. Juni	M.	36,9	88	20
	A.	37,3	92	24
23. Juni	M.	37,6	104	24
	A.	38,2	96	—
24. Juni	M.	37,7	84	
	A.	38,5	96	Abends Erbrechen.
25. Juni	M.	37,9	88	
	A.	38,1	96	

Erbrechen und mehrmaliger Durchfall; wahrscheinlich in Folge eines Diätfehlers, indem am 22. eine bedeutende Kostzulage gemacht worden war. Aussetzen der Jodmixtur.

Die Temperatur hielt sich nun wieder zwischen 37,5° und 38,4°. Am 30. Juni sind alle Geschwüre völlig geheilt, Patientin sieht viel besser aus als früher und wird auch stärker. Da die Verdauungsorgane wieder in Ordnung gekommen waren, wird am 30. Juni wieder Jodkalium und Jodeisen, letzteres zu 15 Tropfen p. dosi verordnet. In den folgenden Tagen trat wieder mehrmals Erbrechen ein, wahrscheinlich mit dem Eintritt der Menses zusammenhängend. Da Mitte Juli auch Schmerzhaftigkeit entlang der Kanten beider Schienbeine sich einstellte, wurde die Gabe des Jodkaliums auf 8 Gran p. dosi erhöht. Die Temperaturmessungen wurden bis Ende Juli fortgeführt, Fieber war jedoch seit Anfang Juli nicht wieder eingetreten.

Patientin blieb noch bis zum 12. October im Hospital und bekam mehrere Rückfälle, während das Jodkali wegen Verdauungsstörungen ausgesetzt werden musste. Ende des Jahres 1866 war sie eine Zeit lang im London-Hospital wegen Bronchitis, über ihr weiteres Schicksal konnte ich jedoch nichts erfahren.

Das remittirende Fieber, welches in diesem Falle Monate hindurch fortdauerte, war durchaus nicht von den übrigen Erscheinungen begleitet, welche man bei hektischem Fieber, von einer chroniseh werdenden catharrhalischen Pneumonie herrührend, gewöhnlich beobachtet. Das Bild war vielmehr durch mehrere Wochen das einer acuten Infectionskrankheit, wie der Diphterie oder eines Abdominaltyphus, nach dessen charakteristischen Zeichen dann auch in den ersten Wochen angelegentlich gesucht wurde. Das erste Geschwür im Hals hatte auch nicht den Charakter, den man bei tertiär syphilitischen Geschwüren zu beobachten pflegt. Es fehlten namentlich die stark gewulsteten Ränder. Andere Erscheinungen, welche auf Syphilis hingedeutet hätten, waren Anfangs nicht vorhanden. Die im weiteren Verlauf eintretende Schmerzhaftigkeit des Sternums bekommt allerdings, im Lichte der späteren Erscheinungen betrachtet, eine besondere Bedeutung; sonst fehlten jedoch alle Symptome seitens der Knochen und des Periosts, bis Mitte Juli, als sich Schmerzen längs der Kanten der Schienbeine, jedoch ohne besondere Schwellung, einstellten. Das Auftreten von Geschwüren auf der Haut und die eigenthümliche Art ihres Weiterschreitens gaben eigentlich erst den Ausschlag für die Diagnose und, hiedurch zu einer Untersuchung der Genitalien veranlasst, fand man denn auch Spuren früher dort vorhandener Processe, wahrscheinlich condylomatöser Natur. Wider alles Er-

warten hatte das nun verabreichte Jodkalium nicht blos einen sehr raschen Einfluss auf die Heilung der Geschwüre, sondern auch auf die Temperatur, welche am 6. Tage nach Beginn dieser Behandlung auf die Norm zurückgegangen war. Als wegen einer Verdauungsstörung die Jodarznei ausgesetzt werden musste, blieb die Temperatur, nachdem wohl zunächst die Verdauungsstörung eine Steigerung bewirkt hatte, wieder in einer höheren Lage, bis aufs Neue Jodkalium gegeben wurde, unter dessen Fortgebrauch remittirendes Fieber nicht wieder eintrat.

Ob die Brustaffection in einem directen Zusammenhang mit der unzweifelhaft vorhandenen Syphilis stand, d. h. ob es sich um eine syphilitische Lungenaffection handelte, muss dahingestellt bleiben. Jedenfalls war Ende Juni ein Stillstand in der Brustaffection eingetreten: die Anfangs vorhandene Dämpfung unter dem linken Schlüsselbein war allmälig wieder verschwunden, und die in der Herzgegend noch vorhandenen klingenden Rasselgeräusche entstanden wohl in kleineren käsigen oder indurirten Herden am vorderen Rande der linken Lunge.

Die Tagesunterschiede der Temperatur waren in diesem Fall geringer als in den vorher mitgetheilten Fällen; sie betrugen meist nur wenig mehr als 1° C. und überschritten niemals 2,1° C., während in Fall 2 und 4 Unterschiede von 2,1° mehrmals vorkamen.

Bemerkenswerth ist auch, dass die Geschwüre im Pharynx bei einfacher, nicht specifischer Behandlung, wenn auch nur sehr langsam, heilten.«

Nach ausführlicher Wiedergabe der Krankengeschichten, welche Dr. Bäumler in seiner Arbeit erzählt, verbreitet sich derselbe über die Bedeutung dieses Fiebers; die Bedeutung dieses remittirenden Fiebers bei syphilitischen Affectionen ist nach ihm dieselbe wie bei anderen Zuständen, bei denen diese Form der Fiebercurven zur Beobachtung kommt, nämlich die eines Resorptionsfiebers. Bäumler führt seine Ansicht weiter aus, und ich verweise hierüber auf das Original.

De la fièvre syphilitique, par F. Courteaux. Paris, Delahaye 1871.

Courteaux hat in seiner Einleitung zu seiner 75 Seiten starken Brochüre folgende Gesichtspunkte aufgestellt:

I. Capitel. 1) Es giebt ein syphilitisches Prodromalfieber analog den Fiebern bei einer Variola- oder Rubeoleneruption oder den fieberhaften Exanthemen (Roseola, Urticaria). Diese schon gekannte Thatsache ist aber noch wenig bekannt; in mehreren Specialarbeiten ist derselben kaum Erwähnung gethan.

2) Unabhängig von diesem Prodromfieber complicirt sich die Syphilis oft mit einem fieberhaften Zustand, welcher entweder gleichzeitig mit einer Eruption oder ohne jede Eruption zur Beobachtung kommt.

3) Dieser fieberhafte, specifische Zustand kann die Typen eines gewöhnlichen Fiebers annehmen, d. h. er kann als intermittirendes, continuirliches Fieber u. s. w. auftreten.

4) Dieses Fieber, dessen specifische Beschaffenheit die Autoren entweder bestätigen oder auf einen intercurrenten, krankhaften Zustand beziehen, ist in der That eine Theilerscheinung der syphilitischen Diathese.

5) Dies Fieber tritt mit Symptomen auf, die theils auch andern Fiebern eigenthümlich sind, theils besondere Eigenthümlichkeiten haben. Die letzteren prägen nicht selten dem syphilitischen Fieber eine ganz bestimmte, eigenthümliche Physiognomie auf.

6) Das Fieber lässt eine gewisse Häufigkeit erkennen.

Eine kurze geschichtliche Einleitung beginnt mit einer kurzen Erwähnung der von mir ausführlich wiedergegebenen Stelle des LEONICENUS. Hierauf wird GASPAR TORELLA, den auch ich citirt habe, angeführt; derselbe behauptet, la grosse verole verlaufe fieberlos. JEAN DE VIGO (1514) spricht von einem kleinen Fieber; JACQUES DE BÉTHENCOURT[1]) (1527 Arzt zu Rouen) führt an, dass das Fieber meist fehle. Nach MATHIOLUS von Sienna soll bei der Syphilis ein kleines Zehrfieber von tertianem Typus vorkommen. Hierauf führt COURTEAUX die auch von mir ausführlich wiedergegebenen Stellen von HUNTER und SWEDIAUR an, welche YVAREN ebenfalls besprochen hat. RICORD, BASSEREAU, VIDAL DE CASSIS, BAZIN haben ebenfalls der Fiebererscheinungen bei Syphilis gedacht, CASTELNEAU und CHAUSIT haben in den Annales des malad. de la peau (Juni 1845 u. April 1852) einen Artikel über diesen Gegenstand verfasst.

Hierauf gedenkt Verfasser meiner thermometrischen Beobachtungen und endlich des von mir in diesem Buch dem Hauptinhalt nach schon wiedergegebenen Artikels von LANCEREAUX.

COURTEAUX unterscheidet ein primitives und ein secundäres syphilitisches Fieber, und er versteht unter ersterem das von mir beschriebene Fieber, welches zur Zeit des Eintretens der constitutionellen Erscheinungen vorkommen kann, und unter dem letzteren die Fiebererscheinungen, welche zu irgend einer der späteren Perioden der Syphilis zum Ausbruch kommen können.

II. Capitel. A) »Symptome.« Das syphilitische Fieber zeigt sich unter so verschiedenen Formen, dass man nicht mit Bestimmtheit zu sagen im Stande ist, welches dessen Initialsymptom sei. Am häufigsten ist ein leichtes Kältegefühl, nur selten ein heftiger Schüttelfrost, wie z. B. bei Pneumonie vorhanden. Der Beginn ist manches Mal plötzlich, und in der Mehrzahl der Fälle zeigt das Fieber Prodrome von einer gewissen Heftigkeit, Kopfschmerzen, Schwere im Kopf, Abgeschlagenheit; diese Symptome variiren zwischen mehreren Tagen und mehreren Stunden.

---

[1]) Nouveau Carême de pènitence, traduct. de A. Fournier. (Unter der Presse.

Unter welchen Erscheinungen das Fieber auch auftreten mag, dasselbe ist immer mit Pulsbeschleunigung und erhöhter Temperatur verbunden.

Das Fieber unterscheidet sich nicht selten von dem symptomatischen Fieber durch seine Eigenthümlichkeiten, nämlich 1) der Appetit ist erhalten bei erhöhtem Puls und Temperatur; 2) die Zunge bleibt rein, fast absolut normal. Zuweilen ist ein wirklicher Heisshunger vorhanden. FOURNIER[1]) betont diesen Heisshunger bei Fieber als eine ganz seltsame Erscheinung. Diese Kranken sind zuweilen bei einer Achselhöhlentemperatur von 39°—39,5°—39,8° C. und Puls 120 durch einen beängstigenden Heisshunger gequält, so dass sie die doppelte, selbst vierfache Portion Nahrung förmlich vor Hunger verschlingen. Hierbei ist das Fieber intermittirend oder continuirlich; doch ist auch Verminderung des Appetits beobachtet worden. FOURNIER hat fiebernde Kranke mit Heisshunger gesehen, bei denen von Seiten des Nervensystems die vielseitigsten, heftigsten Symptome bemerklich waren, und wo von Seiten der verschiedenen Organe Complicationen den Zustand zu einem sehr miserabelen gestalteten.

I. Beobachtung. D. Stephanie, Nätherin, 18 Jahr alt, wird am 18. Mai 1869 in das Hospital de Lourcine, Saal St. Clement No. 39 aufgenommen. Bisher gesund, Lymphat. Constitution, blass, mässig gut genährt und seit dem 14. Jahr regelmässig menstruirt. Sie litt nur an Ohnmachten, welche mit Convulsionen verbunden waren. Sie fühlte sich seit ungefähr einem Monat krank, seit welcher Zeit sie einzelne Pusteln (boutons) an den Schamtheilen bemerkte, und hat dagegen 30 Pillen, deren Zusammensetzung ihr unbekannt war, gebraucht.

Status praesens. An der untersten Stelle der linken grossen Schamlippe befindet sich ein indurirter Schanker, welcher sich in die papulöse Form umwandelt; confluirende Schleimpapeln an den grossen Schamlippen, und oben an der Innenseite der Schenkel; Inguinaldrüsen angeschwollen, erythematös-papulöse Roseola; Kopfschmerz, Schlaflosigkeit seit 14 Tagen; seit derselben Zeit gegen 5 Uhr Abends täglich Fieber von ungefähr zweistündiger Dauer. Krusten auf der Kopfhaut. Heftiges Blasegeräusch an der Herzbasis und in den Gefässen. In den letzten Tagen bemerkt die Kranke einen heftigen Hunger und Durst. Die Kranke beobachtet deren Zusammenfallen mit der täglichen Abgeschlagenheit und fieberhaften Erregung und sagt, sie habe früher nie einen ähnlichen Hunger gehabt. Behandlung: Jodeisensyrup, Zinkoxydverband und Bäder. An den folgenden Tagen bestehen die Symptome fort; heftiger Schmerz in beiden Schläfen und allgemeine Abgeschlagenheit kommen hinzu; sehr heftiger Heisshunger, lebhafter

[1]) Note sur certains cas curieux de boulimie et de polydipsie d'origine syphilitique. Gaz. hebd. 3. u. 10. février 1871.

Durst; zu unbestimmten Stunden täglich Nachmittags Fieber; profuse Schweisse der Extremitäten auch in den fieberfreien Zeiten. Milz und Urin normal. Früher kein Intermittens.

Der Heisshunger besteht noch 14 Tage lang im Juni fort, dabei Magenschmerzen und Erbrechen. Während dieser Zeit hat die Kranke Fieber, welches zuweilen in intermittirenden und in der Nacht in continuirlichen Anfällen besteht. Die Temperatur ist zuweilen bis 39,8 ° C. gestiegen. Die papulös-squamösen Syphiliden der Haut und Schleimhaut, namentlich an Schenkeln und Achselhöhle breiten sich weiter aus; vielfache nervöse Störungen, Schmerz im Epigastrium, umschriebener Schmerz am Processus xiphoideus, Kopfschmerz, Schlaflosigkeit, Müdigkeit, tiefe Abgeschlagenheit; ähnliche Erscheinungen an den oberen Extremitäten. Am 12. Juni bekommt das Fieber einen continuirlichen Character, der Heisshunger lässt nach, Appetitlosigkeit tritt ein. Lebhafter Durst, die syphilitischen Hauterscheinungen bestehen fort, die angeführten nervösen Störungen desgleichen. Der Heisshunger kommt nicht wieder. Das Fieber besteht theils intermittirend, theils continuirlich bis zum 20. Juli fort. Erosionen auf den Mandeln. Pigmentsyphilide am Hals; Kopfschmerz, peripherische Schmerzeu, nächtliche Schlaflosigkeit und auch während einiger Tage vollständige Somnolenz, tiefe Abgeschlagenheit und mehr ausgesprochene Schwäche, Herzklopfen, Schwäche und Unregelmässigkeit des Pulses u. s. w.

Gegen Ende Juli zeigte sich eine Besserung im Zustand der Kranken. Austritt aus dem Hospital. Die Hospitalkost besteht nach Fournier täglich in: 400 Gramm Weissbrod, zwei Suppen jede zu 30 Centiliter, die eine mager, die andere fett, ungefähr 210 Gramm Fleisch, 36 Centiliter Wein oder nach Wahl der Kranken, 18 Centiliter Wein und 1 Liter Milch.

Den hier beschriebenen Heisshunger fasst Fournier als ein wesentliches Symptom der Syphilis auf. Es werden nun noch mehrere dem entsprechende Krankengeschichten aufgeführt.

Beobachtung II führe ich nur im Auszug an. Die 23jährige Kranke leidet seit einem Monat an Boutons der rechten grossen Schamlippe. Seit 14 Tagen Abgeschlagenheit, Kopfschmerz, Angina syphilit. Keine Behandlung. Aufnahme ins Hospital 5. Januar 1869.

Status praesens ergiebt indurirten Schanker und seit 10 Tagen Roseola am Stamm. Innerlich täglich 2 Pillen von Jodquecksilber zu 0,05. Vom 27. Februar an verschiedenartige Vorläufer, Schmerzen, Schlaflosigkeit u. s. w. Gelenkschmerzen ohne Anschwellung u. s. w. Die Kranke geniesst fünf Portionen. Am 1. März empfindet sie Fieber, halbstündigen Frost, darauf Hitze, Schweiss während der ganzen Nacht, Erbrechen, continuirlichen Kopfschmerz; Erosionen der Mandeln; Prurigo specifischer Art, Psoriasispapeln der linken Hand, derselbe Appetit. Die Temperatur war am Tage 39,2 C.

Puls 104. Abends. Das Fieber ist den ganzen Tag nicht gewichen, Haut von Schweiss bedeckt, heftiger Kopfschmerz, Abgeschlagenheit, Betäubung beim Aufrichten. Derselbe Appetit. Temperatur 38,9, Puls 100.

Am 2. März, derselbe Zustand. Nächtliche Schmerzen in den Beinen. Derselbe Appetit. Temperatur 38,5, Puls 80. Abends. Fieber während des ganzen Tags, continuirlicher Kopfschmerz, Temperatur 37,7, Puls 84. Am 3. März fortwährender Kopfschmerz. Entfieberung; Scheidenaffection geheilt. Temperatur 36,7, Puls 72. Am 4. März rapide Besserung, Temp. 37,0, Puls 72. Die Kranke verlässt den 13. April das Hospital, Fieber hat sich nicht wieder eingestellt.

Hierauf folgen noch zwei Beobachtungen aus der Arbeit von Fournier, bei welchen Fiebererscheinungen und Heisshunger und Durst notirt sind; ich gebe dieselben (III u. IV) hier nicht wieder, sondern verweise auf sie im Original.

Courteaux führt nun ferner auf pag. 25 an, dass ich ebenfalls früher von jenem Heisshunger bei Fiebererscheinungen Syphilitischer gesprochen habe, und ich führe bei dieser Gelegenheit an, dass ebenfalls Zeissl in seinem Lehrbuch der constitutionellen Syphilis des Heisshungers gedacht hat.

Folgende Erscheinungen geben nach Courteaux dem Fieber bei Syphilis einen eigenthümlichen Character:

1) Die häufige Wiederkehr des Frostes, der theils örtlichen, theils allgemeinen Schweisse im Verlauf des Fiebers. Beobachtung V, VIII, XV, XVII u. s. w. seiner Schrift.

2) Das gleichzeitige Auftreten verschiedenartiger Phänomene während des Fiebers, als fast continuirlicher Kopfschmerz, periostale, artikuläre und muskuläre Schmerzen, Neuralgien, peripherische Schmerzhaftigkeit, allgemeine und locale Störungen der Sensibilität, ein wahrhaft bizarres Auftreten gleichzeitiger Symptome;

3) endlich, wie wir im folgenden Kapitel sehen werden, die Unregelmässigkeit und Verschiedenheit in der Entwickelung und die Inconstanz der Dauer dieses Fiebers.

Hierauf bespricht Courteaux die Höhe des syphilitischen Fiebers und knüpft auf pag. 26 an meine bezüglichen Temperaturbeobachtungen und an die Aeusserungen Lancereaux's hierüber an. Nach meinen ersten Beobachtungen war das Maximum beobachteter Fieberhöhe circa 31,0° R, ich stellte dieselbe aber schon damals als mittlere Höhe hin, wie denn auch meine spätere Publication einer Beobachtung zur Zeit der exanthematischen Periode der Syphilis, bei welcher die Höhe von 31,84° R. erreicht war, darthut. Es wurde von mir schon immer die Möglichkeit einer noch höheren Temperaturgrenze zugegeben. Wenn nun Courteaux auf pag. 27 anführt, dass in sehr vielen Fällen eine Pulsfrequenz von 96 Schlägen und eine Temperaturhöhe von 38,0° und 38,5° C. erreicht werde, so stimmt dies mit meinen

Beobachtungen völlig überein. Wenn aber COURTEAUX weiter anführt, dass er Pulsfrequenzen von 120, 130, 138 Schlägen und Temperaturhöhen von 39,4, 39,6, 40,6 und selbst 41,7 ° C. beobachtet habe, so widerspricht dies nicht, wie er meint, meiner und LANCEREAUX's Ansicht, sondern es vervollständigt seine Beobachtung den von mir erörterten Gegenstand. Die von COURTEAUX angezogenen, später folgenden Beobachtungen 10 und 11 mit beträchtlich hohem Fieber fallen in eine Zeit nach der ersten Eruptionsperiode, und die Beobachtungen 5 und 18 zeigen eine Temperaturhöhe zur Zeit des ersten Eruptionsstadiums, welche von dem von mir beobachteten Fall, welchen COURTEAUX (siehe auch später) als Beobachtung 14 übersetzt bringt und citirt, noch überboten wird. Es war also ein Irrthum von COURTEAUX, wenn er meint, dass seine Beobachtungen in Betreff der Temperaturmaxima mit meinen und LANCEREAUX's Angaben im Widerspruch ständen.

B) Formen des syphilitischen Fiebers.

Nach FOURNIER gibt es drei Formen von Fieber:

1) Die intermittirende, welche aus einer Reihe von isolirten Anfällen besteht, welche durch vollständig fieberfreie Intervalle getrennt sind.

2) Die remittirende oder continuirlich exacerbirende Form, bei welcher der Fieberzustand continuirlich ist, dabei sind Fieberparoxysmen nicht selten, während welcher die Fiebererscheinnngen beträchtlich zunehmen und nach welchen eine deutlich ausgesprochene Remission bemerkbar wird.

3) Die unregelmässige Form (vague, capricieuse).

1. Die intermittirende Form. Dieselbe ist nach FOURNIER die häufigste, sie ist characterisirt wie ein Sumpffieber; zuweilen ist die Form regelmässig und kann ein Sumpffieber oder ein symptomatisches Fieber völlig vortäuschen, zuweilen ist das Fieber unregelmässig in Bezug auf die Wiederkehr der Anfälle, auf die Ordnung und Folge der Stadien, zuweilen vollständig ausgesprochen, zuweilen nicht (fruste), ein oder zwei Stadien fehlen u. s. w. Wenn das syphilitische Fieber Aehnlichkeit mit den Sumpffiebern und dessen Anfällen hat, so sind die einzelnen Anfälle von einander getrennt, der freie Zeitraum beträgt meist 24 Stunden. Die Fieberanfälle kommen jeden dritten Tag und bestehen aus Frost, Hitze und Schweiss. Am häufigsten kommt der Fieberanfall gegen Abend und dauert bis 1 Uhr des Nachts; er beginnt viel seltener gegen Morgen oder im Verlauf des Tages. Der Fieberanfall beginnt sehr heftig. zuweilen als förmlicher Schüttelfrost, dauert eine viertel- bis halbe, selten eine oder eine und eine halbe Stunde. Die Hitze, welche ihm folgt, verbreitet sich über den ganzen Körper und steigt in einzelnen Fieberanfällen bis zum Kopf: die Extremitäten bleiben sehr oft kalt. Endlich tritt das Schweissstadium ein; dieser Schweiss ist mehr oder weniger reichlich, er ist zuweilen sehr profus und dauert oft während der ganzen Nacht. Die mittlere Dauer des Fieberanfalls beträgt 12 Stunden, d. h. er beginnt gegen

5 Uhr Abends und ist gegen 5 Uhr Morgens beendigt. Schlaflosigkeit, Abgeschlagenheit, Durst begleiten den Anfall. Die Kranken klagen den nächsten Morgen über grosse Müdigkeit, wollen im Bett bleiben, suchen Schlaf, den sie während der Nacht nicht gefunden hatten. — Es wird nun gefragt: erkennt man unter dieser Form nicht ein intermittirendes Sumpffieber oder noch besser ein intermittirendes symptomatisches Fieber? Diese Form muss der Arzt kennen, um in der Therapie keine Irrthümer zu begehen. Folgende zwei Beispiele werden angeführt:

V. Beobachtung. Anna V., 28 Jahr alt, Nätherin, wird am 16. Januar 1869 in's Hospital auf FOURNIER's Abtheilung aufgenommen. Früher stets gesund, war sie auf der Abtheilung von PÉAN vor 7 Monaten an einer Vaginitis und weichen Schankern behandelt worden.

Status praesens. An der Clitoris drei kleine, oberflächliche Erosionen, vermuthlich syphilitische Schanker, am Scheidengang einige nicht characteristische Erosionen. Am Körper sonst nichts weiter zu bemerken. Inoculation mit der serösen Flüssigkeit der Erosion. Am 23. Januar negatives Impfresultat. Die Clitoriserosion zeigt Induration. Keine weiteren Erscheinungen.

Am 29. sind die Erosionen vernarbt. Die Kranke wurde gegen 3 Uhr Nachmittags von einem heftigen Frost befallen. Um 6 Uhr noch Schütteln aller Glieder, die Haut ist heiss, Gesicht geröthet; profuse Schweisse, leichte Frostschauer von Zeit zu Zeit, heftiger Kopfschmerz, Lumbago, Abgeschlagenheit, Zunge rein, kein Durst. Bei der sorgfältigen Untersuchung aller Organe lässt sich Nichts nachweisen; kein Husten. Temperatur 39,4° C. Puls 130.

Am 30. Diesen Morgen Kopfschmerz im Gleichen, Lumbago, kein Husten u. s. w. Nichts auf dem Körper. Temperatur 39,5° C. Puls 88. Am Abend sagt die Kranke, sie fühle seit 4 Uhr Frost; Abgeschlagenheit, Schwerbesinnlichkeit, Lumbago, heftiger Kopfschmerz, Temperatur 38,6, Puls 88.

Am 31. Es ist nach dem Ausspruch der Kranken in der verflossenen Nacht Fieber vorhanden gewesen; jetzt besseres Befinden. (Die Temperatur wird nicht angegeben). Puls 88. Während der Nacht heftiger Kopfschmerz; derselbe Allgemeinzustand.

Am 3. Februar. An jedem der vorhergehenden Abende Fieber, welches gegen 5 Uhr mit Frost anfing, von Hitze und Schweiss gefolgt war. Diesen Morgen einige kleine rubeolenartige Flecke auf dem Thorax. Fortwährender Kopfschmerz. Die Affectionen an der Vulva heilen.

Am 4. Februar. Gestern Abend um 8 Uhr Frost, Hitze, Schweiss, welcher bis 1 Uhr gedauert. Diesen Morgen Entfieberung, aber Kopfschmerz. Nächtliche Schlaflosigkeit.

Am 5. Gestern Abend um 8 Uhr ein Fieberanfall; derselbe Allgemeinzustand. Kein Fieber heute morgen.

Am 6. 7. 8. 9. Kein Fieber; an der Vulva Verheilung, die Härte an der Erosion besteht fort.

Am 10. 11. 12. 13. Kein Fieber. Zustand im Gleichen.

Am 14. Gestern Abend Fieber, sehr ausgesprochene Schweisse, über das halbe Gesicht eine Neuralgie, fortwährender Kopfschmerz, Temperatur 39,0° C.

Am 15. Gestern Abend 5½ Uhr Fieber, Frost, Hitze, reichlicher Schweiss; heftige Gesichtsneuralgie in der Nacht. Behandlung: ein Gramm Chininum sulfuricum in fünf Dosen.

Am 23. Seit dem 15. jeden Abend Fieber, die Fieberanfälle sind nicht deutlich ausgesprochen (incomplets). Die Kranke sagt, sie habe Hitze während 1 und 1½ Stunde, hierauf bis zu 2 Stunden Schweiss des Morgens; an der Scheide fast vollständige Vernarbung. Keine Eruption am Körper und kein weiteres Zeichen von Syphilis. Abends 6 Uhr beobachtet, zeigt die Kranke Fieber seit 4 Uhr, Frost vor einer Stunde, darauf Hitze, die Haut ist brennend, ausserordenslich heftiger Kopfschmerz, Durst. Neuralgie gebessert.

Am 24. Während der verflossenen Nacht ist heftiger Schweiss auf Hitze gefolgt. Nächtliche Schlaflosigkeit; fast keine Neuralgie mehr. Ein Gramm Chinin. sulfuric. in 5 Dosen. Temperatur 38,2° C, Puls 96. (Die Temperatur war in den letzten Tagen nicht gemessen worden).

Am 25. Von gestern Nachmittag 4 Uhr bis heute früh 3 Uhr mit Hitze und heftigem Schweiss, Kopfschmerz, Schlaflosigkeit, Schmerzen in den Füssen. Roseola beginnt zu erscheinen.

Am 26. Heute früh kein Fieber; Wiedererscheinen der Neuralgie; am Scheideneingang zwei erosive, platte Syphiliden (plaques muqueuses érosives. Behandlung: 1 Pille Protojoduret zu 0,05.

Am Abend ist die Haut heiss, das Gesicht geröthet, Kopfschmerz; Neuralgie besteht fort, Temperatur 37,6 (also normal. Dr. GÜNTZ), Puls 88.

1. März. Fieber an den vorhergehenden Tagen, welches am Abend in Hitze und Schweiss bestanden und bis 10 Uhr Abends gedauert hat. Schlaflosigkeit, continuirliche Neuralgie mit nächtlicher Exacerbation. Die Kranke sagt aus, früher weder an Neuralgie noch Intermittens gelitten zu haben. Roseola am Rumpf. Behandlung: 1 Gramm Chinin. sulfuric. in 5 Dosen.

Am 3. März. Neuralgie besteht fort, übrigens Besserung. Temperatur 37,6° C.

Am 6. März. Fieber an den vorhergehenden Tagen. Die Neuralgie besteht mit derselben nächtlichen Exacerbation fort; continuirlicher Kopfschmerz; Schmerz im Epigastrium; Kälte in den Händen. Behandlung: 1 Pille Protojoduret zu 0,05.

Am 8. Kein Fieber mehr seit dem 6. Keine Neuralgie mehr seit der Nacht. Roseola besteht fort. Vernarbung an der Scheide.

Am 11. Die Kranke verlässt das Hospital, Fieber ist nicht wieder erschienen, die Neuralgie ist ebenfalls nicht wiedergekommen.

VI. Beobachtung. Es wird hier ein Fall erzählt, wo ein Militär Anfang März 1871 mit einem seit 3 Wochen bestehenden, inficirenden Schanker in's Hospital kam. Gegen Ende März stellten sich deutliche intermittirende Fieberanfälle (die jedoch thermometrisch nicht beschrieben sind) ein. Chinin. sulf. blieb wirkungslos. Vom 10. April, bis zu welcher Zeit die Fieberanfälle fortbestanden hatten, wurde der Kranke jeden Tag Abends 5 Uhr von heftigem Frost von einer halben Stunde befallen, hierauf Hitze über den ganzen Körper, nach dem Kopfe steigend, hierauf reichlicher Schweiss bis 3 Uhr Morgens; am Morgen Schwäche, Müdigkeit in den Beinen, nächtliche Schlaflosigkeit: Appetit, Zunge rein, kein Husten, früher keine Hämoptysen, Milz nicht angeschwollen. Chinin wird weggelassen. Dampfbäder. Am 18. April lenticuläre Papeln an Stirn, Nacken, Arm, Brust. Tonische Behandlung und 2 Pillen à 5 Centigramm Protojoduretum hydrarg. Das Fieber hielt bis zum 24. April an; seit der Quecksilberbehandlung hat sich dasselbe vermindert; in den letzten Tagen nur noch Schweisse vorhanden. Die Papeln entwickeln sich weiter. Das Fieber ist nicht wieder zum Vorschein gekommen. Der Kranke verlässt den 16. Mai das Hospital. (In dieser Krankengeschichte sind keine Thermometermessungen vorgenommen worden).

VII. Beobachtung. Die Erscheinungen haben bei der 18jährigen Kranken vor 3 Wochen begonnen. Am 19. Januar 1869 Aufnahme in's Hospital. Status praesens. Am Scheideneingang zwei Schanker mit noch nicht specifischer Induration; reichlicher Scheidenausfluss, einige Ganglien in der Weiche sind schmerzhaft. In der Schamgegend eine Kruste mit entzündlicher Basis.

Am 21. Die Kruste ist abgefallen, darunter eine Geschwürsfläche. Diagnose: voraussichtlich weicher Schanker. Keine Allgemeinerscheinungen.

Am 22. Die Geschwüre haben das Ansehen von einfachen Schankern; indess in der linken Weiche findet sich eine Drüsenanschwellung ähnlich einer syphilitischen Adenitis. Am Tag vorher hatte der Kranke seit 2 bis 4 Uhr Frost, gefolgt von Hitze und Schweiss bis 8 Uhr Abends, Schlaflosigkeit. Zunge weiss. Keine Eruption auf dem Körper, Temperatur 38,8 ° C.

Am 29. Der Frost hat am Tag vorher um 5 Uhr begonnen. Dauer 5 Minuten, hierauf gefolgt von Hitze und mässigem Schweiss. Fortwährend Kopfschmerz, Schlaflosigkeit; Schmerz am Processus xiphoïdeus. Zunge rein, Temperatur 36,6, Puls 120. Am Abend leichter Kopfschmerz, Puls 112, Temperatur 39,1 ° C.

Am 30. Die Schanker heilen, Temperatur 39,1, Puls 100. Kopfschmerz; Abends Temp. 38,1, Puls 100. Noch keine Hauteruption.

1. Februar. Besserung, heute kein Fieber.

Am 17. wird ein kleiner Abscess am Triangulus Scarpae geöffnet.

Am 24. Kein Fieber an den vorhergehenden Tagen. Der Abscess ist fast völlig geheilt. Am Nasenflügel einige schuppige, nässende, granulöse Syphiliden; eine trockene Papel an der inneren Schamlippe, auf dem Rücken einige nadelkopfgrosse, specifische Papeln, in der Handfläche eine kupferfarbige Papel; an der Zungenbasis einige Plaques. Schlaflosigkeit, Schmerzen am Thorax, kurz, ausgesprochene Syphilis.

Am 26. Etwas Schmerz in den Ellbogen und in der einen Schulter, Blässe, Kopfschmerz. Kein Fieber; am Abend kalte Füsse und Hände, Magenschmerz, Temperatur 38,9, Puls 112. Behandlung: Pilules de Vallet, Chinawein, 1 Gramm Jodkali u. s. w.

1. März. Die Scheidenulcerationen sind geheilt. Die Hauteruptionen bestehen fort; kein Fieber.

4. März. 4 Papeln in der Kniekehle; die Eruption scheint beendet; kein Fieber, kein Gelenkschmerz.

8. März. Keine neue Eruption; Plaques muqueuses an der Zunge; ausgesprochene Drüsenanschwellung.

Am 12. März. Papulo-krustöse Affection der Nasenflügel, Psoriasisplaques in der rechten Hand, kein Schmerz, kein Fieber. Die Kranke verlässt am 12. März das Hospital und stellt sich am 23. März wieder vor. Kein Fieber wieder eingetreten, die Hautaffectionen bestehen noch fort. Eine Pille Protojoduretum hydrarg.

Am 6. April. Kein Fieber; die syphilitischen Affectionen sind geschwunden. Die letzte Beobachtung datirt vom 12. October, bis zu welcher Zeit noch verschiedene syphilitische Hautaffectionen stets ohne Fieber fortbestehen. Die Kranke hatte Protojoduret gebraucht, ausserdem Schwefelbäder u. s. w. genommen.

VIII. Beobachtung. Hier besteht ein indurirter Schanker; es stellen sich unter heftigen Allgemeinsymptomen, Frösteln und Hitzegefühl u. s. w. ein. Die gemessene Temperatur beträgt 37,3°, Puls 80.

IX Beobachtung behandelt einen vorgeschrittenen Fall von Syphilis, ecthymatöse Syphilide. Die Temperatur war hier normal 37,2°; es waren Frost, Hitzegefühl und Schweiss beobachtet worden, dabei war allgemeine Abgeschlagenheit vorhanden.

COURTEAUX, welcher eine intermittirende Form des syphilitischen Fiebers annimmt, fasst nach seinen hier zum Theil angeführten Beispielen seine Ansicht in folgenden Puncten zusammen:

1) Das intermittirende, syphilitische Fieber hat fast immer den quotidianen Typus oder es ist auch atypisch.

2) Es ist fast immer abendlich oder nächtlich.

3) Milzanschwellung begleitet dies Fieber nicht.

4) Die Fieberanfälle sind häufig in Bezug auf ihre Wiederkehr und Aufeinanderfolge ihrer Stadien, ihre Dauer und Intensität unregelmässig.

5) Das Chininum sulfuricum ist gegen das Fieber wirkungslos. Die intermittirende, syphilitische Form ist nach COURTEAUX's Ansicht die häufigste, aber man trifft nach ihm nicht, wie GARDAN, BAILLOU, BOSQUILLON, YVAREN meinen, einen doppelttertianen oder quartanen Typus.

2. Die continuirlich exacerbirende oder paroxystische Form. Das Fieber ist hierbei continuirlich und nur auf kurze Zeiträume findet man paroxysmenartige Temperaturerhöhungen. Der Fieberanfall ist unregelmässig, zuweilen des Morgens, zuweilen des Abends. Unter Temperatursteigerung und Pulsfrequenz, Frost und Allgemeinsymptomen, Durst, selbst Erbrechen leitet sich der Anfall ein; Kopfschmerzen sind in der Regel vorhanden. Die Dauer des Fiebers ist sehr verschieden. Während der Remission, welche immer viel länger anhält als die Zunahme im Beginn, sind die Begleiterscheinungen nicht sehr hervortretend. Die Form ist weniger häufig wie die intermittirende. Die Dauer schwankt zwischen 2, 3, 4 Tagen und ein und zwei Wochen. Die Allgemeinerscheinungen können aber auch so ausgesprochen sein, dass sie einem typhosen Zustand ähneln. FOURNIER hat diesen Zustand syphilitische Typhose genannt.

X. Beobachtung. Celine G., 20 Jahr alt, Nätherin, wird am 25. Mai 1868 auf der Abtheilung von FOURNIER aufgenommen.

Status praesens. Secundäre Papeln, welche am Anus und Perinäum nässen, lenticuläre Papeln an den Hinterbacken und an den inneren Partieen der Schenkel. Psoriasis palmaris. Opaline Plaques der Mandeln. Maculae am Stamm. Behandlung: Jodquecksilber.

Am 12. Juni. Diesen Morgen Schüttelfrost von einer Minute Dauer; eine weitere Complication nicht bemerkbar. Bei der Visite klagt die Kranke über allgemeine Abgeschlagenheit, Kopfschmerz u. s. w. Kein Husten, keine Milzanschwellung, kein Nasenbluten. Temperatur 40,3°, Puls 132. Abends Temperatur 40,6°, Puls 136.

Am 13. fühlt sich die Kranke etwas weniger abgeschlagen, Kopfschmerz und Schlaflosigkeit; sie soll des Nachts delirirt haben. Temperatur 38,8°, Puls 112. Abends: Fiebergefühl während des ganzen Tags; Kopfschmerz; Nichts auf der Lunge. Temperatur 38,9°, Puls 120.

Am 14. Gelenkschmerzen ohne Röthe und Anschwellung. Das Fieber ist weniger stark in der Nacht und am Morgen. Fühlbare Besserung. Temperatur 38,6°, Puls —. Abends: Fieber während des ganzen Tags; von Neuem Schwindel, Kopfschmerz. Nichts Bemerkbares von Seiten der Brust und Leiborgane. Füsse und Hände sehr stark schwitzend. Temperatur 38,2°, Puls 128.

Am 15. Gestern Abend gegen 10 Uhr noch ausgesprochenes Delirium,

dabei sehr exaltirtes Benehmen; später in der Nacht Kopfschmerz und Schlaflosigkeit. Bei der Visite früh ist die Kranke sehr abgeschlagen und hat keine Erinnerung von den Vorgängen der vergangenen Nacht. Wesentliche Besserung. Temperatur 37,6°. Abends: Die Kranke hat das Gefühl von Fieber während des ganzen Nachmittags gehabt. Temperatur 38,6° Puls 112.

Am 18. Beträchtliche Besserung seit 2 Tagen. Die Kranke steht auf. Appetit; verlässt das Hospital.

XI. Beobachtung. Sidonie C., 24 Jahr alt, wird am 5. Januar 1869 im Hospital aufgenommen; sie hat vor 4 Monaten im Hospital Lariboisière, in welchem sie mit Plaques muqueuses aufgenommen wurde, abortirt. Keine specifische Behandlung, bisher stets gesund, kein Husten, keine Hämoptyse.

Status praesens. Blasse Schleimhäute, ulceröse Syphilide der grossen. sehr geschwollenen Schamlippen. Deutlich syphilitische Maculae auf der Haut des Stammes. Squamöse, syphilitische Rubeolen am Nacken.

Behandlung: Eine Pille von Protojoduret à 0,05, 2 Löffel voll Jodeisensyrup; Bäder und örtliche Behandlung.

Am 29. Heilung der Scheidenaffection.

Am 1. Februar. Die Kranke steht mit heftigem Kopfschmerz auf und hat seit 8½ Uhr eine Stunde lang Frost. Kein Husten, keine Erscheinung von Seiten irgend eines Organs, kein Nasenbluten.

Abends 6 Uhr. Nach dem Froste am Morgen hat die Kranke eine starke Hitze und darauf Schweiss bemerkt. Das Fieber hat den ganzen Tag gedauert. Status praesens: Gesicht erregt, leicht geröthet, Haut ist heiss, mit Schweiss bedeckt. Heftiger Kopfschmerz. Appetit ist vorhanden. Temperatur 41,7° C., Puls 136. Behandlung: Eine Pille Protojoduret à 0,05, 2 Löffel Jodeisensyrup.

Am 2. Sehr heftige, allgemeine Abgeschlagenheit. Heftiger Kopfschmerz, Appetit. Temperatur 38,8°, Puls 130.

Am 3. Derselbe Zustand. Temperatur 39,4°, Appetit; Nichts von Seiten der inneren Organe.

Am 4. Derselbe Zustand. Früh Temperatur 39,4°, Abends 38,7°.

Am 5. Gestern Abend um 5 Uhr wurde die Kranke von Frost, darauf Hitze und Schweiss befallen. Mitten in der Nacht ist das Frostgefühl wiedergekehrt. Am Morgen Fieber im Gleichen. Temperatur 38,7°, Puls 120. Kopfschmerz in der Nacht heftiger. Kein Husten. Blasses Aussehen. Appetit. Behandlung: 2 Pillen von Protojoduret à 0,05. Zwei Löffel Jodeisensyrup.

Am 8. Die Genitalaffection ist geheilt. Die Hautaffection bleibt unter der Form des papulös-squamösen Erythems bestehen. Kein Fieber seit 3 Tagen. Die Kranke verlässt auf ihren Wunsch das Hospital.

Beobachtung XII und XIII sind aus dem Werke von LANCEREAUX citirt und wiedergegeben.

Die XIV. Beobachtung betrifft den von mir beschriebenen und als Typus des exanthematischen, syphilitischen Eruptionsfiebers hingestellten Fall, welcher hier citirt und in's Französische übersetzt unter die Fälle des continuirlichen Fiebers aufgenommen ist.

3. Die vage, capricieuse, erratische Fieberform.

Der Verfasser versteht hierunter eine Form, welche so unregelmässig ist, dass man sie nicht definiren könne; das Fieber kann unregelmässig aus dem einen Typus in den anderen übergehen; die Form kommt unter Allgemeinsymptomen und den verschiedenartigsten syphilitischen Symptomen vor. Die Dauer schwankt zwischen wenigen Tagen und ein und einem halben Monat.

XV. Beobachtung. Dieses für die erwähnte, letztere Form angeführte Beispiel betrifft eine veraltete Syphilis. Soweit das Fieber hier thermometrisch beobachtet worden, war es bei einer Pulsfrequenz von 108 Schlägen nicht über 38,7 ° C. gestiegen. Ein Mal war bei einer normalen Temperatur der Puls bis auf 108 gestiegen. COURTEAUX hebt unter Anderen diesen Fall als Beispiel dafür hervor, dass der Fieberzustand in keinem Verhältniss zu der geringen Zahl der Manifestationen auf der Haut gestanden habe.

XVI. Beobachtung. Marie C., 22 Jahr alt, früher nie venerisch krank, kommt am 15. Juni 1869 in das Hospital; kein Husten, keine Hämoptyse. Die jetzigen Erscheinungen bestehen seit 3 Wochen.

Status praesens. An den beiden grossen Schamlippen zwei Schanker, welche in Heilung begriffen sind. Am Körper sonst Nichts weiter zu bemerken.

Behandlung: Bäder, Waschungen etc., 6 Pillen de Vallet.

Am 23. Am gestrigen Nachmittag gegen 3 Uhr dreiviertelstündiger Frost, darauf Hitze und Schweiss. Abends: die Haut schwitzend, das Gesicht sehr geröthet; Temperatur 38,7 °, Puls 88.

Am 24. Das Fieber hat während des gestrigen Abends die Kranke nicht verlassen. Abends: Gegen 1 Uhr Nachmittags Frost, die Haut ist schwitzend. Abendtemperatur 39,1 °, Puls 92.

Am 25. Nächtliche Schlaflosigkeit, Halsschmerz; kein Hautausschlag. Fieber besteht fort. Morgens: Temperatur 37,9 °, Puls 80. Abends: Temperatur 37,2 °, Puls 80. (Also kein Fieber! Dr. GÜNTZ.)

Am 26. Besserung des Genitalübels, derselbe Allgemeinzustand. Abends: Temperatur 38,0 °.

Am 27. Derselbe Zustand. Morgens: Temperatur 37,8 °. Abends: 38°.

Am 28. Im Gleichen. Puls 60, aussetzend. Abends: Temp. 37,0 °.

Am 30. Dasselbe Allgemeinbefinden.

Bis zum 5. Juli jeden Abend Fieber mit Acerbation am Nachmittag.

Vom 5. bis 10. Juli kein Fieber.

12. Juli. Gestern Nachmittag ein Fieberanfall, welcher eine Stunde gedauert hat.

Am 17. Kein Fieber mehr. An den grossen Schamlippen sehr reichliche, secundäre Roseolen.

Am 21. Eine Papel auf der Brust, zwei am Rücken, drei am Nacken, sie sind specifisch. Kein Fieber mehr. Die Kranke verlässt das Hospital am 25. September; bis dahin waren noch am 25. August und am 19. September je ein Fieberanfall eingetreten.

Die früher erwähnte erste und noch später folgende XVIII. Beobachtung gehören nach der Meinung von COURTEAUX zu jener vagen Fieberform.

Syphilitische Typhose.

Mit Bezug auf einen Artikel von FOURNIER [1]) wird für eine besondere Form, in welcher sich eine syphilitische Erkrankung nicht selten äussert, unter obigem Namen angenommen. FOURNIER führt nämlich an, dass unter allgemeiner Hinfälligkeit die Symptome des Nervensystems in einer Weise vorwiegen können, so dass in verschiedenen Abstufungen und Färbungen der verschiedensten Art bis zu veritabler Asthénie cérébrale das Nervensystem wesentlich betheiligt ist. Zu diesem Zustand gesellen sich Kopfschmerz, Appetitverlust unter gewissen Verhältnissen: denn am häufigsten bleibt der Appetit erhalten, zuweilen ist er gesteigert, ferner Erbrechen und endlich zuweilen ein continuirlicher Fieberzustand. Wir haben in dem Gesammtbild scheinbar ein typhoides Fieber. Dieser Zustand von syphilitischer Typhose kann 2, 3, 4 Tage dauern und in einzelnen Fällen auch 2—3 Wochen betragen. Man kann längere Zeit in Zweifel bleiben, ob Typhus vorhanden ist, aber die genaue Krankengeschichte klärt über die Diagnose auf. Tödtlicher Ausgang dieser von FOURNIER aufgestellten syphilitischen Typhose ist nie beobachtet worden.

Als Beispiel für eine syphilitische Typhose wird u. A. die XVII. Beobachtung aufgeführt. Hier findet man eine seit mehreren Monaten bestehende, deutlich ausgebrochene Syphilis, Hauteruptionen u. s. w. Vorwiegende Gehirn- und Nervensymptome werden angeführt. (Die hierbei angeführten Temperaturen sind stets normal, wodurch sich nach meiner Angabe ein deutlicher, wesentlicher Unterschied vom Typhus herausstellt, so dass schon aus diesem Grunde der Name syphilitische Typhose nicht gerechtfertigt ist. Auch

---

[1]) De l'état général des femmes syphilitiques pendant la période secondaire. (Gazette des hôpit. 89. 1870.)

die XIX. Beobachtung rechtfertigt die Annahme einer syphilitischen Typhose nicht. Hier handelt es sich um eine Syphilis in der Eruptionsperiode; unter leichtem Fieber tritt das syphilitische Exanthem zum Vorschein. Die Temperatur hat hier wohl ein Mal die Höhe von 39,5° erreicht, jedoch zeigt sich, wenn man den Fall selbst betrachtet, dass hier fieberfreie Tage zwischen mässigen Fiebertagen sich befunden, ein Verhalten, wie es nie bei Typhus in der Entwicklungsperiode vorkommt. Die Beobachtung bietet vorwiegend nervöse Erscheinungen zur Zeit eines sehr mässigen Eruptionsfiebers. Wozu soll man durch den Namen syphilitische Typhose die Auffassung complicirter machen? Ebendasselbe lässt sich von der XIX. Beobachtung sagen mit dem Unterschied, dass hier eine Syphilis, welche seit 2 Jahren besteht, in Frage kommt. Dr. Güntz.)

Die früher angeführte II. und III. Beobachtung sollen auch Beispiele einer syphilitischen Typhose sein.

III. Capitel. Zeit des Erscheinens.

Courteaux erklärt unter Berufung auf Frascator und unter Hinweis auf meine Angaben ebenfalls den Zeitraum, wo die übrigen Symptome der vollzogenen Allgemeininfection zum Vorschein kommen, für denjenigen, in welchem Fieber sich einstellt. Frascator hatte sogar schon die Angabe gemacht, dass das Fieber das einzige Zeichen der Allgemeininfection sein könne. Ausser diesem Fieber hat man, wie ich früher ebenfalls erwähnt hatte, im weiteren Verlauf der Syphilis zu verschiedenen Epochen und mit verschiedenen Grenzen Fieber. Im Mittel kommen im 6. und 7. Monat der Erkrankung solche febrile Zustände zur Beobachtung. Fournier hat für diese Angabe 114 Fälle beobachtet. Das Fieber kündigt manchmal einen Hautausschlag an. So kann z. B. bei der ersten Eruption der Roseola ein Fieber auftreten, dann kann aber bei einer nachfolgenden papulösen Eruption wieder Fieber zugegen sein. Das Fieber ist aber auch ohne jede Eruption, so zu sagen als isolirtes, einziges syphilitisches Symptom gesehen worden. Es ist oft von multiplen Erscheinungen von Seiten des Nervensystems, des sero-fibrösen und Muskelapparats u. s. w. begleitet. In den späteren Perioden der Krankheit ist das Fieber nach Courteaux selten, in der tertiären Periode hat er dasselbe nie beobachtet. Dauer. Dieselbe ist sehr verschieden, in der Eruptionsperiode schwankt dieselbe zwischen fünf Tagen und drei Wochen.

Die von Courteaux aufgestellte erratische, vage Form dauert sogar vier, fünf, sechs Wochen. Häufigkeit. Courteaux stellt es als einen Fehler und Irrthum hin, dass man das syphilitische Fieber als eine seltene Erscheinung erklärt habe. Nach einer Statistik von Fournier, welche aus dem Hospital der Lourcine stammt, kam bei 798 Beobachtungen 239 Mal

Fieber vor, d. i. 29,91 pCt. Das Fieber ist bei den Frauen häufiger als bei den Männern.

Eigenschaften. Die Existenz des syphilitischen Fiebers lässt sich durch folgende Punkte, die COURTEAUX noch etwas weiter ausführt, die ich jedoch hier nur kurz als die wesentlichen zusammenfasse, beweisen: Durch die Häufigkeit des Vorkommens, durch die Gleichheit der Bedingungen, unter denen ein Fieberzustand bei Syphilitischen erregt wird, durch die Coincidenz des Fieberzustandes mit syphilitischen Erscheinungen, durch die Abwesenheit jeder anderen Complication, auf welche man das Fieber beziehen könnte, durch die Charactere, welche dieses Fieber darbietet, und durch die erfolgreiche Wirksamkeit einer specifischen Behandlung dieses Fiebers.

IV. Kapitel. Diagnose.

Hierbei hat man zu unterscheiden: 1) die syphilitische Affection ist dem Arzte bekannt; hierbei wird man, wenn ein Schanker vorhanden ist, mit Berücksichtigung der über das syphilitische Fieber gemachten Angaben ein entsprechendes Fieber eventuell auf Syphilis beziehen können. Man behalte aber auch im Auge, dass im weiteren Verlauf, nach der ersten Eruptionsperiode Fieber eintreten kann und zwar unabhängig von jeder Hauteruption. Hier ist das Fieber schwerer zu diagnosticiren, und man muss dann das Gesammtbild der gegebenen Erkrankung betrachten und wird dann nicht im Zweifel bleiben. 2) Wenn der Kranke dem Arzt über seine syphilitische Erkrankung keine Mittheilung gemacht hat, so wird in den Fällen, in welchen der typische Character des Fiebers deutlich ausgesprochen ist, die Diagnose sichergestellt werden können. Allerdings verhält sich dies nicht immer so: denn bei seinem verschiedenen Auftreten kann das syphilitische Fieber ebenfalls auch die verschiedensten Affectionen simuliren.

COURTEAUX betrachtet deshalb die einzelnen von ihm angeführten Fiebertypen vergleichsweise.

1) Die intermittirende Form, differentielle Diagnose mit Rücksicht auf das Sumpf-Fieber.

I. Das intermittirende syphil. Fieber ist fast nur quotidian, niemals tertian oder quartan, während das Sumpffieber zuweilen quotidian, aber oft tertian ist und dies besonders bei Beginn der Infection.

II. Das syphil. Fieber ist fast nur abendlich, mehr noch nächtlich, das Sumpffieber dagegen am gewöhnlichsten im Laufe des Tages eintretend.

Bei dem syphilit. intermittirend. Fieber ist der Anfall meist unvollständig und nicht deutlich; die drei characteristischen Stadien des Sumpffiebers sind nicht so deutlich ausgesprochen, oder Frost und Schweissstadium fehlen oft vollständig oder sind nicht sehr markirt, während das Hitzestadium an Intensität und Dauer deutlich hervortritt. Bei dem Sumpffieber sind die drei Stadien Frost, Hitze, Schweiss zu beobachten.

IV. Bei dem syphilit. Fieber sind die intermittirenden Anfälle fast immer unregelmässig, zuweilen kommen die einzelnen Stadien untereinander gemischt, zuweilen die Symptome verschiedener Stadien ineinanderlaufend vor. Bei dem Sumpffieber sind die einzelnen Stadien scharf von einander geschieden.

V. Die Symptome sind sowohl bei demselben Kranken als auch bei verschiedenen Individuen, an demselben Tage oder an verschiedenen Tagen sehr variabel in Bezug auf das allgemeine Krankheitsbild. Bei dem Sumpffieber dagegen haben die intermittirenden Anfälle ihren gleichförmigen, immer wieder sich ähnlichen Verlauf.

VI. Bei dem syphilitischen, intermittirenden Fieber ist die Dauer des einzelnen, übrigens variablen Anfalles in der Regel sehr kurz, bei dem Sumpffieber ist der einzelne Anfall sehr lang.

VII. Bei der Syphilis ist die Milz nicht, bei dem Sumpffieber dagegen stets angeschwollen.

VIII. Das Chinin ist gegen den syphilitischen Anfall unwirksam, während nach Merkur derselbe weicht. Das Sumpffieber ist sehr empfindlich auf Chinin, während der Merkur dagegen wirkungslos bleibt.

Differentielle Diagnose mit dem intermittirenden Fieber der Tuberkulose. Mit dem Fieber der Tuberkulose wird das syphilitische Fieber schon wegen der Unregelmässigkeit und weiteren Eigenthümlichkeit der Anfälle verwechselt. Um diese beiden fieberhaften Zustände genau zu differenziren muss man eine genaue Anamnese aufnehmen, man muss feststellen ob der Kranke syphilitisch ist, und wann die Krankheit eingetreten ist, ob vorher Hämoptysen und überhaupt Lungenerscheinungen vorhergegangen sind u. s. w. Endlich hat man noch zu achten, wenn locale oder allgemeine Schweisse während des Anfalls zugegen sind, dass bei der Syphilis der Schweiss während der Schlaflosigkeit bei der Tuberkulose der Schweiss während des Schlafes ausbricht.

Das symptomatische, intermittirende Eiterungsfieber der Nieren- und Harnröhrenaffectionen. Hierbei ist nach COURTEAUX ein Irrthum weniger möglich.

2) Die differentielle Diagnose der continuirlich exacerbirenden syphilitischen Fieberform und verschiedener Krankheiten.

Synochisches Fieber. Das syphilitische Fieber bietet nicht die Prodrome, wie das synochische Fieber, obwohl bei der Syphilis dieselben mitunter sehr heftig sind. Die gastrischen Störungen, die fast völlige Appetitlosigkeit, die stark dick und weiss belegte Zunge, die Verschleimung des Mundes kommen in dem Grade bei der Syphilis nicht vor. Das synochische Fieber hat einen continuirlichen Verlauf ohne wesentliche Paroxysmen, im Allgemeinen, das Fieber wächst hier innerhalb 2—3 Tagen, bleibt dann 1 oder 2 Tage stationär und sinkt dann nach und nach. Die Dauer ist in der Regel eine Woche.

Das typhoide Fieber. Man beobachtet bei dem syphilitischen Fieber kein Nasenbluten (Nasenbluten kann vorkommen. Dr. GÜNTZ), die heftige Hitze der Haut, das Rasseln auf der Brust, der braune Beleg der Zunge und Zähne. die Anschwellung der Milz, der Meteorismus u. s. w., endlich die grosse Prostration, das Delirium, der Stupor u. s. w. kommen bei Syphilis nicht vor. (Wenn auch eine Verwechslung mit Typhus nicht leicht ist, so hat doch COURTEAUX früher Delirien bei Syphilitischen erwähnt).

Acuter Gelenkrheumatismus unterscheidet sich schon durch seine Symptome, ausserdem kommt die Schwellung und die Schmerzhaftigkeit der Gelenke auf Druck bei der Syphilis nicht vor.

Die Grippe Wenn auch der mittelhohe Fieberzustand wie bei der Syphilis gegen Abend eine Steigerung erkennen lässt, so erleichtert doch der entzündliche Zustand verschiedener Schleimhäute, namentlich auch der heftige Schnupfen die Diagnose der Grippe.

3) Die vage capricieuse Form des Fiebers der Syphilis kann mit anderen Fiebern nicht leicht verwechselt werden.

V. Capitel. Prognose.

Das syphilitische Fieber hat an und für sich keine prognostisch schlechte Bedeutung, selbst wenn es einen typhösen Character annimmt. Jedoch dürfen wir keineswegs glauben, dass es bedeutunglos sei; dasselbe bringt die Kranken überhaupt in ungünstige Verhältnisse für den weiteren Verlauf der syphilitischen Erkrankung. Nach seinen Beobachtungen hebt COURTEAUX folgende beide Punkte hervor. Das Fieber begleitet 1) die syphilitischen, multiplen Formen, besonders die Manifestationen des Nervensystems, 2) die verschiedenen Organerkrankungen etc. bei der visceralen Syphilis.

VI. Kapitel. Therapie.

COURTEAUX wendet sich gegen einen Ausspruch, welchen ich in therapeutischer Hinsicht gethan. Ich habe u. A. gesagt, dass das Quecksilber den Ausbruch des Fiebers verhindern, und dass, wenn Fieber zum Ausbruch komme, dasselbe durch das Quecksilber nicht im Verlauf geändert werde, sondern unaufhaltsam seinen Verlauf nehme. COURTEAUX meint nun, es kämen Fälle vor, wo trotz Verabreichung von Quecksilber später Fieber ausbreche. Dies ist ganz richtig. Zur Richtigstellung des Thatbestandes muss ich daher Folgendes sagen, was ich auch heute noch aufrecht erhalte. Meine Aeusserungen beziehen sich auf die erste Eruptionsperiode, in welcher unter frühzeitiger Anwendung des Quecksilbers das Fieber oft unterdrückt wird. Kommt nun aber das Eruptionsfieber in irgend welchen Fällen einmal zum Ausbruch, so wird dies erste exanthematische Fieber durch das nunmehr angewendete Quecksilber nicht beeinflusst, sondern das typische Eruptionsfieber nimmt unaufhaltsam seinen Verlauf. Dass mir die Thatsache, Fieberanfälle kommen trotz Quecksilberanwendung zum Ausbruch, bekannt gewesen

ist, sieht man aus meiner früheren Bemerkung, welche meine Beobachtungen anführt, nach welchen das Quecksilber zuweilen den Ausbruch des exanthematischen Fiebers gewissermassen hervorrufe. Auch die Fieberanfälle in den späteren Perioden der Syphilis habe ich erwähnt, jedoch in therapeutischer Hinsicht mir damals noch keine Schlüsse zu ziehen erlaubt.

Hierauf bekämpft COURTEAUX die Ansicht von DIDAY, welcher während der Fieberanfälle bei syphilitischen Prodromalsymptomen Jodeisen verabreicht, und behauptet, dass die Fieberanfälle nicht direct im Wesen der Syphilis wie die anderen Syphilissymptome begründet seien, sondern blos zufällige Complicationen wären.

FOURNIER giebt Tonica und Jodkalium gegen die Fiebererscheinungen der syphilitischen Prodromalperiode. Im weiteren Verlauf der secundären Syphilis verbindet er mit diesen Mitteln und abwechselndem tonischen Verfahren den Merkur.

Hierauf macht COURTEAUX die Schlussbemerkung, der Merkur ist weniger wirksam gegen das Fieber als gegen die übrigen Manifestationen der Syphilis in der secundären Periode. Er sagt: Dies kann uns nicht wundern, weil wir wissen, dass der Merkur gegen die visceralen Syphilisformen weniger Nutzen bringt.

Beobachtungen, welche bisher noch nicht veröffentlicht worden waren.

Auf meine Veranlassung hat mir Dr. KRUG in Dresden zur Veröffentlichung mehrere Temperaturbeobachtungen übergeben, welche sich auf das Eruptionsstadium bei Syphilis beziehen. Ich lasse hiervon drei, welche sehr instructiv sind, kurz folgen:

1) Friedrich S . . . ., 24 Jahr alt, erkrankte am 10. Mai an einem Ulcus primarium. Am 25. October desselben Jahres stellte sich ein Eruptionsfieber ein, mit dessen Erscheinen eine syphilitische Roseola zum Ausbruch kam: Am 25. October Abends Temperatur 31,2° R. Puls 120. Am 26. früh Temperatur 30,4° R. Puls 104. Abends Temp. 30,0, Puls 88. Am 27. Temp. 29,8, Puls 100. Abends Temp. 30,8, Puls 100. Am 28. früh Temp. 29,0° R. fieberfrei.

2) Ernestine H. . . ., 18 Jahr alt, erkrankte am 10. October mit Fiebersymptomen und Schmerzen an After und äusseren Genitalien. Letzter Coitus den 5. October. Aufnahme in das Stadtkrankenhaus zu Dresden den 15. October mit tiefen, grossen unreinen Geschwüren am Anus und neben der rechten grossen Schamlippe. Der Fieberverlauf gestaltete sich in folgender Weise: Am 15. October Abends: Temperatur 31,8° R. Puls ungefähr 115, Respiration 28. Am 16. Oct. früh Temperatur 32,4° R. Puls 132. Respiration 32. Abends. Temp. 32,3° R. Puls 132, Respiration 28. Am 17. früh Temp. 31,8° R. Puls 115, Respiration 24. Abends: Temperat.

32,2, Puls 120, Respiration 23. Am 18. früh Temp. 31,8° R. Puls 106, Respiration 22. Abends Temp. 31,6° R. Puls 108, Respiration 22. Am 19. früh Temperat. 30,3° R. Puls 96, Respiration 21. Abends: Temp. 30,6° R. Puls 96, Respiration 21. Am 20. früh Temperatur 29,6° R. Puls 92, Respiration 21. Abends Temp. 30,5° R. Puls 100, Respir. 21. Am 21. Temp. 30,4° R. Puls 106, R. 23. Abends Temp. 30,3° R. Puls 108, Resp. 24. Am 22. früh Temp. 30,2° Puls 106, Respir. 24. Abends Temp. 30,1 (ungefähr), Puls 100. Resp. 24. Am 23. früh Temp. 29,8° R. Puls 108, Respiration 24. Abends Temperatur 29,9° R. Puls 92. Respiration normal. Am 24. früh Temperatur 29,4° R. Von hier an fieberfrei und schwach. Von einem Ausschlag ist Nichts erwähnt. Anfang November fingen die granulirenden Flächen der Geschwüre an, sich etwas zu erheben. Die Anusfalte war im Perinäum bis fast an die Lendenwirbel ulcerös. Gangräna Genitalium. — Die Fiebererscheinungen sind hier durch die bedeutende Gangränescenz complicirt, deshalb könnte man den Einwand machen, dass das Fieber zum Theil mit auf die Gangränescenz bezogen werden könne; doch das Fieber hat schon vor der Ausbildung der Gangränescenz bestanden und nimmt allmählig ab, während die Eiterung noch sehr profus ist, so dass man meiner Meinung nach den Fall, der gerade durch die Complication mit Eiterung etc. Interesse gewinnt, recht gut als Eruptionsfieber deuten kann, welches mit Eiterungsfieber complicirt ist.

3) Johanna L . . . . , Meretrix, 22 Jahr alt, wurde am 15. November wegen Ulcer. syphilitic. aufgenommen: sie litt seit 10. November an Kopfschmerz, Schwindel, etwas Husten. Magendrücken, Appetitlosigkeit. Am 18. Abends. Temperatur 31,6° R. Puls 100. Am 19. früh Temp. 31,3, Puls 104, Respiration 40. Abends Temp. 31,7° R. Puls 96, Respiration 44. Husten ohne Sputa, Miliaria rubra an den Extremitäten, die Kranke hat von heute an täglich eine halbe Drachme graue Salbe eingerieben. Am 20. früh Temperatur 31,0° R. Puls 96, Respiration 36. Miliaria am ganzen Körper ausser am Kopf. Abends Temp. 31,4° R. Puls 104, Respiration 32. Aussergewöhnliche Menstrualblutung. Am 21. früh Temp. 31,2, Puls 100, Respiration 47. Verschärftes Athmen fast überall. Abends Temperatur 31,4° R. Puls 96. Respiration 40. Am 22. früh Temp. 30,8° R., Puls 104, Respiration 39. Noch Schmerz im Epigastrium. Die Einreibungen von grauer Salbe werden ausgesetzt; hat im Ganzen nur $1\frac{1}{2}$ Drachme = 6,0 Gramm eingerieben. Temperatur 31,0°R., Puls 92, Respiration 39. Erbrechen auf kleine Dosen von Ipecacuanha. Am 23. früh Temp. 30,6°, Puls 104, Respiration 37. Abends Temp. 30,8° R., Puls 96, Respiration 36. Am 24. früh Temp. 30,6, Puls 100, Respiration 32. Abends Temp. vacat. Puls 100, Respir. 36. Stomatitis mercur. Am 25. früh Temp. vacat. Puls 100, Respirat. 32. Abends Temp. 31,5, Puls 104, Respirat. 44.

Am 26. früh Temp. 30,6, Puls 92, Respir. 40. Abends Temp. 30,9, Puls 112, Respir. 44. Am 27. Temp. 30,6, Puls 120, Resp. 31. Abends Temp. 31,0 ⁰ R. Puls 98, Respiration 28. Am 28. Temp. 30,0 ⁰ R. Puls 92. Respiration 29. Abends Temp. 30,4 ⁰ R. Puls 96, Respiration 28. Am 29. Temp, 29,9, Puls 92, Respiration 32. Fieberfrei. Exanthem abgeheilt, dasselbe war vorher seit 24. an den Vorderarmen und Unterschenkeln confluirt, so dass die Bläschen zu grösseren mit Serum gefüllten, vielfächerigen Blasen zusammengeflossen waren.

Dieser Krankheitsfall hat meiner Meinung nach insofern ein besonderes Interesse, als bei demselben die Einsicht in die Bedeutung des Temperaturverlaufs wegen der Complicationen erschwert ist. Die Complicationen bestehen in einer entschiedenen Lungenaffection, was wir aus dem Husten, der Athemfrequenz und, nach dem ersten Nachlass der Symptome, aus der abermaligen Steigerung dieser Athemfrequenz mit einer wiederholten Zunahme der übrigen Symptome entnehmen. Die Complicationen beruhen ferner in der Salivation und Stomatitis (Merkurialwirkung). Ein beträchtlich ausgebreiteter Miliariaausschlag mit confluirenden Bläschen ist erwähnt. Der Ausschlag ist wohl auf Syphilis zu beziehen und das Fieber als Beispiel einer fieberhaften, syphilitischen Miliariaeruption anzusehen. Zum Theil mag wohl das Fieber durch die Lungenaffection gesteigert worden sein. Auf Quecksilberwirkung kann der Ausschlag nicht wohl zurückgeführt werden, weil derselbe schon nach einer Einreibung im Verlaufe des ersten Kurtages sich eingestellt hatte und zwar an Körperstellen, an welchen die Salbe nicht eingerieben worden war

II.

Betrachtung und Beurtheilung.

A. Verhalten der Körpertemperatur zur Zeit der Prodromalsymptome, also zur Zeit des Eintretens der Allgemeinsymptome der constitutionellen Syphilis.

Die syphilitische Allgemeinerkrankung kann so allmählig eintreten, dass, nachdem der gewöhnliche Zeitraum der Latenzperiode verstrichen ist, klinisch die deutlichen Zeichen der Syphilis fehlen können, während die syphilitische Krankheit besteht. Ebenso wie das locale Symptom an der Uebertragungsstelle nach verbürgten Beobachtungen fehlen kann, so vermisst man zuweilen in dieser Periode auch jedes andere Symptom der Krankheit. Erst späteren Stadien eigenthümliche Veränderungen lassen sich dann auf eine in früheren Zeiten begonnene, anfangs symptomlose Krankheit zurückführen. Wenn dies auch selten vorkommt, und meist gewisse Symptome schon frühzeitig in den Vordergrund treten, so müssen wir daran festhalten, dass in der Periode, wo die Prodromalsymptome aufzutreten pflegen, d. i. zur Zeit der schon vollzogenen Allgemeininfection alle Systeme des Körpers unter dem Einfluss der constitutionellen Erkrankung stehen. Wenn auch nicht in allen Systemen beobachtbare Symptome vorhanden sein müssen, so ist das Fehlen der Symptome von Seiten irgend eines Organs nicht der Beweis, dass in dem Organe sich nicht Veränderungen vorbereiten könnten. Während in der Regel das locale Symptom an der Uebertragungsstelle nicht fehlt und häufig weitere Veränderungen eingeht, welche auf die vollzogene Allgemeininfection schliessen lassen, zeigt sich sehr oft alsbald auch das Bild des Allgemeinleidens, welches sich unter den bekannten, subjectiven und objectiven Prodromalsymptomen zu erkennen giebt. Zunächst tritt das Circulations- und Nervensystem in den Vordergrund. Die veränderte Beschaffenheit des Bluts, z. B. dessen sogenannt leukämischer Zustand, die Erregbarkeit des Pulses sind wesentlich; ebenso giebt es kein Symptom des Nervensystems, welches in der Periode der Prodrome unter dem Einfluss der Syphilis nicht schon beobachtet worden wäre.

Von Seiten des Nervensystems erwähne ich zur Zeit der Eruptionsperiode u. A. die subjectiven Schmerzen in den verschiedenen Theilen des Körpers, deprimirte Stimmung, Schwere in den Gliedern, allerhand abnorme Empfindungen, kurz auch Hyperästhesien. Ein Kranker hatte in der Zeit der Prodrome mehrere Tage lang das Gefühl von Brennen unter der Haut, als ob er sich verbrannt habe (eine andere Empfindung, wie sie bei gewissen nicht syphilitischen Hautausschlägen mitunter belästigt), Ameisenkriechen u. s. w. Ferner führe ich an: Anästhesien, Lähmungserscheinungen, plötzliche Bewusstlosigkeit, epileptiforme, apoplectiforme Anfälle, transitorischen Wahnsinn, aufgeregten Puls ohne Fieber, Schweisse ohne Fieber u. s. f. In Bezug auf die Nervenübel verweise ich auf LANCEREAUX's Preisschrift »Des affections nerveuses syphilitiques«.

Nimmt es also Wunder, wenn das in Mitleidenschaft gezogene Nervensystem zur Entstehung des Fiebers seinen Antheil mit haben kann, dass wir als eins der Prodromalsymptome der constitutionellen Syphilis auch Fieber aufführen und die Bemerkung hinzufügen, dass dasselbe häufiger vorkommt, als man vor dem Erscheinen meiner kleinen Aufsätze über das syphilitische Fieber aus den Jahren 1863 und 1865 anzunehmen gewohnt war?

Nächst den Symptomen des Gefäss- und Nervensystems sind die Haut- und Schleimhauterscheinungen diejenigen, welche jetzt am meisten die Aufmerksamkeit auf sich lenken. Diese verschiedenen Erscheinungen können von Fieber begleitet sein. Das Fieber kann das einzige bemerkbare Symptom der Prodromalperiode der constitutionellen Syphilis sein, dasselbe kann aber auch bei übrigens deutlichen Prodromalsymptomen vollständig fehlen. Wenn das Fieber eintritt, so tritt es dann neben den örtlichen Veränderungen an der Uebertragungsstelle, häufig nachdem die letzterer nächstgelegenen Drüsen angeschwollen sind, doch auch ohne solche Anschwellung, als das nunmehr nächste, also als ein sehr frühzeitiges Symptom der Syphilis auf. Wenn eine Drüse, z. B. Leistendrüse bei Penisschanker oder Halsdrüse bei primärem Lippenschanker in Eiterung übergeht, so kann dieser Process fieberlos verlaufen. Nicht selten jedoch begleitet den Suppurationsprocess ein nicht unbedeutendes Eiterungsfieber, welches sich von dem Suppurationsfieber aus anderen Ursachen in Nichts unterscheidet. Dasselbe darf mit dem Prodromalfieber nicht verwechselt werden. Zuweilen fällt dasselbe mit dem prodromalen Eruptionsfieber zusammen; dann wird allerdings der Character des Eruptionsfiebers verdeckt. Abgesehen von der Deutung des Zusammenhangs dieser suppurativen Drüsenprocesse mit der Syphilis, betheiligen sich die drüsigen Gebilde infolge der Syphilis durch ihre frühzeitig erkennbaren Veränderungen sehr zeitig, und besonders die Lymphdrüsen geben bekanntlich bei dem etwaigen Mangel von Symptomen von Seiten der anderen Organe nach Prof. v. SIGMUND den grössten und frühzeitigsten Anhalt zur Diagnose,

da die Drüsenanschwellungen selten fehlen, und da sie meist die Vorläufer weiterer Veränderungen, namentlich der ersten Haut- und Schleimhautaffectionen sind. Indem ich in Betracht der Reihenfolge der Symptome, auf die Aussprüche anerkannter Lehrer verweise, hebe ich nochmals hier hervor, dass alle Systeme und Organe des Körpers in dieser Epoche Symptome ihrer Mitleidenschaft geben können.

Aus den in dieser Schrift zusammengestellten Schilderungen der Autoren geht nun hervor, dass, obgleich das Fieber der Syphilis einen sehr variablen Character zu haben scheint, demselben gewisse Eigenthümlichkeiten nicht abzusprechen sind. Die vielfachen Angaben der Schriftsteller, sowie meine eigenen Beobachtungen über diesen Gegenstand lassen sich in folgender Weise zusammenfassen: Ich habe zunächst durch genaue thermometrische Beobachtungen bei einer grossen Zahl Syphilitischer festgestellt, dass man bei der constitutionellen Syphilis ein Prodromalfieber und ein Fieber zu unterscheiden hat, welches letztere sich zeigen kann, nachdem die ersten Erscheinungen der constitutionellen Syphilis, zu welchen jenes Prodromalfieber, wenn es vorhanden, zu rechnen ist, eingetreten sind. Ich verweise hierüber auf Das, was ich nach meinen Beobachtungen früher veröffentlicht und deshalb oben wörtlich wieder angeführt habe. Inzwischen habe ich meine Beobachtungen erweitert und durch den Vergleich mit den gesammelten Angaben der Schriftsteller vervollständigt.

In jener Zeit, in welcher die Kliniker der Beschreibung der Fiebererscheinungen bei Syphilis keine vorwiegende Aufmerksamkeit schenkten, obgleich, wie ich in dieser Schrift geschichtlich bewiesen habe, eine grosse Zahl älterer und auch neuerer Schriftsteller von Fiebererscheinungen bei Syphilis gesprochen, stellte ich mir die Aufgabe, durch fortgesetzte Beobachtungen zunächst die exanthematische Periode der Syphilis thermometrisch zu prüfen.

Frühere und fortgesetzte Beobachtungen haben mich gelehrt, dass vom Termin der Ansteckung bis zum Auftreten der constitutionellen Symptome die Körpertemperatur bei täglichen Temperaturmessungen des Morgens und Abends normal blieb.

Wenn sich mit dem Beginn der bemerkbaren constitutionellen Syphilissymptome ein deutliches Prodromalfieber einstellte, und dies geschah am deutlichsten, wenn in der ersten Periode der Syphilis eine Quecksilberbehandlung nicht stattgefunden hatte, so lies dies Fieber einen typischen Character erkennen, der je nach dem grösseren oder geringeren Grade des Fiebers mehr oder weniger deutlich durch characteristische Merkmale ausgezeichnet war. Das Typische jenes Fiebers habe ich schon im Jahre 1865 ganz besonders betont, und ich verweise hierbei auf die früher von mir

veröffentlichte Temperaturcurve, wie eine solche so rein in ihrer typischen Form nicht immer zur Beobachtung kommt.

Das Prodromalfieber besteht entweder in einer einmaligen Temperaturerhebung, oder es dauert 2, 3, 4, selten 5 Tage als continuirliches Fieber, ähnlich, aber kürzer wie bei den acuten exanthematischen Krankheiten. Hierauf ist eine rapide Defervescenz bei den deutlich ausgesprochenen Fällen nicht zu verkennen. An diese Entfieberung können sich wieder mehrtägige bis 2—3 Wochen, selbst länger anhaltende allabendliche Temperatursteigerungen mit gleichzeitigen, im Wesen der Krankheit begründeten Complicationen bei remittirendem Fiebertypus anschliessen. Ganz fieberfreie Tage können nach jener Entfieberung, welche selten verdeckt ist, zwischenlaufen.

Das Fieber fehlt, wie erwähnt, unter Entwickelung weiterer syphilitischer Processe zuweilen vollständig. Die Höhe der Fieberbewegung kann nur einige Zehntelgrad die Norm übersteigen, sie kann aber auch nicht selten die Nähe von 40,0 ^{0} C. erreichen, wie ich wiederholt beobachtet habe. Nach den Angaben von Courteaux kann aber auch 40,0 ^{0} C. überschritten werden. Courteaux hat einzelne Temperaturmaxima von 40,6 ^{0} C. und selbst 41,7 ^{0} C. angegeben. Wir sehen also, dass selbst ganz beträchtliche Temperaturgrade durch die Syphilis bedingt werden können. Diese letzten Beobachtungen gehören jedoch einem Stadium der Syphilis an, welches den ersten Prodromalsymptomen nachfolgte.

Fassen wir jedoch diejenigen Fiebererscheinungen in's Auge, welche als eigentliche Syphilisprodrome der Roseola vorhergehen können, zu einer Zeit, zu welcher vorher Hauterscheinungen noch nicht erschienen waren, so muss als bis jetzt bekannter, höchster Temperaturgrad [1]) in dieser Beziehung 39,8 ^{0} C. gelten. Diese Höhe wurde in dem von mir beobachteten und publicirten Falle, welchen auch Courteaux in seiner Arbeit anführt, gefunden. Es ist zu erwarten, dass künftige Beobachtungen in der hier erwähnten Periode auch höhere Fiebergrade kennen lehren werden. Bis jetzt sind jedoch ausführliche Beobachtungen hierüber nicht veröffentlicht worden.

Der Puls hält, wie ich früher schon erwähnt hatte, gewöhnlich gleichen Schritt mit der entsprechenden Temperaturerhöhung. Nur selten übersteigt der Puls die Zahl von 116—120 Schlägen in der Minute bei einer annähernden Temperaturhöhe von 40,0 ^{0} C. Ich habe nie eine ungewöhnliche Niedrigkeit des Pulses beobachtet. Ueberhaupt scheint mir in der hier besprochenen ersten Eruptionsperiode der Puls häufig eine leichte Erregbarkeit zu

[1]) Wenn wir wegen der Complicationen von dem Krug'schen 2. Fall absehen.

haben, so dass er, wenn stets normale oder nur um Zehntel erhöhte Temperatur vorhanden ist, besonders bei leichten Körperbewegungen die Grenzen der Norm nicht selten auf Zeit überschreitet.

Zeit und Häufigkeit des Eintritts des syphilitischen, typischen Eruptionsfiebers. Die Zeit des Auftretens der ersten Fiebererscheinungen, vom Zeitpunct der erfolgten Infection an gerechnet, fällt am häufigsten vor das erste Auftreten der übrigen deutlich ausgesprochenen constitutionellen Syphilissymptome. Ebenso wie aus der neueren Zeit Fälle bekannt sind, in welchen nach erfolgter Ansteckung auf die örtlichen Symptome die Syphiliserscheinungen schon nach wenigen Tagen zum Ausbruch kommen können, so lag die Vermuthung nahe, dass mit den Zeichen der syphilitischen Allgemeinerkrankung auch bald nach den örtlichen Affectionen Fieber zu bemerken sein würde. Das Nachforschen in der neueren Literatur hat mich jedoch keinen verbürgten Fall kennen gelehrt. CAZÉNAVE pag. 267 seines Buchs, von mir oben erwähnt, hat einen Fall beschrieben, wo schon 10 Tage nach dem Auftreten des Schankers ein papulöses Exanthem ohne Fieber zum Vorschein kam. Auch nach meinen eigenen Temperaturmessungen in der Periode vom Beginn des localen Symptoms bis zum Erscheinen des Exanthems konnte ich vor dem 40. Tage, von der Entwicklung des örtlichen Geschwürs gerechnet, Fieber nicht beobachten. Immerhin darf man die Möglichkeit des Fiebereintritts vor dem 40. Tage nicht bestreiten [1]. Wenn Fieber den Ausbruch der Syphilis markirt, so tritt dasselbe unter Berücksichtigung meiner Angaben am häufigsten zwischen dem 50. und 65. Tage nach dem Beginn des localen Symptoms ein; doch ich habe inzwischen in den letzten Jahren eine Anzahl von Fällen gesehen, wo das Prodromalfieber, als Vorläufer der Roseola, auch selbst bis zum 90. Tage nach dem Beginn des Schankers ausgebrochen war. Andere Beobachter geben die äusserste Grenze für den ersten Eintritt der Allgemeinerscheinungen nach dem Schankergeschwür noch später an. Nach den Impfversuchen mit Syphilisgift auf Gesunde war die äusserste Grenze 150 Tage nach der Impfung. Fieber ist jedoch dann nicht ausdrücklich erwähnt worden, und die Fälle von CAZÉNAVE und COURTEAUX, welche von Hauteruptionen und Fieber in noch späteren Perioden sprechen, beziehen sich nicht auf das erste Eruptionsfieber der Roseola; sondern es hat das dort beschriebene Eruptionsfieber dann den Character eines syphilitischen Nachschubfiebers. Es liegt bis jetzt noch nicht genügendes, genau beobachtetes Material vor, um mit Zahlen bestimmt auszudrücken, zwischen welchen Tagen das syphilitische, typische

[1] Kürzlich habe ich einen Fall beobachtet, wo schon am 25. Tag nach der Infection zweitägiges Fieber und Roseola eingetreten war. Das Geschwür war in Verheilung begriffen. Die Veröffentlichung dieses Falls behalte ich mir für später vor.

Eruptionsfieber, jener Vorläufer der Roseola und des ersten Ausbruchs der constitutionellen Syphilis zur Beobachtung zu kommen pflegt. Die Beurtheilungen jedes Einzelfalls sind wegen der nothwendig langen Beobachtungszeit und wegen der schweren Bestimmbarkeit des Zeitpunctes der Infection und des ersten Eintritts des Geschwürs und durch die absichtlich und unabsichtlich falschen Angaben der Kranken ausserordentlich erschwert. Man muss daher vor der Hand die Grenze ziemlich weit offen lassen ohne mit Zahlen vorzugreifen und hierbei die grösseren Statistiken der Fachmänner im Auge behalten, welche sich auf den Zeitpunct des Eintritts der constitutionellen Symptome überhaupt beziehen. Innerhalb dieser Grenze fällt dann das syphilitische Eruptionsfieber. Wie jedes Symptom der Syphilis in dieser Periode neben anderen Erscheinungen fehlen kann, so kann man Drüsenanschwellungen vermissen, so kann man Fieber vermissen.

Was die Häufigkeit des Fiebers im Allgemeinen ohne Rücksicht auf den Zeitpunct anlangt, so habe ich in den verschiedenen Hospitälern, in welchen ich früher functionirte, u. A. im Georgenhospital zu Leipzig u. s. w., und im Laufe der Zeit in der Privatpraxis, in welcher ich diesem Puncte seit einer Reihe von Jahren fortgesetzte Aufmerksamkeit schenkte, in der Periode, in welcher die allgemeinen Syphilissymptome aufzutreten pflegen, ungefähr von je 100 Kranken 20 Kranke mit deutlich ausgesprochenem Eruptionsfieber behaftet gesehen. Die Zahl kann sich noch vergrössern, wenn man bedenkt, dass nicht alle Kranke tagtäglich vom Beginn ihres Geschwürs bis 150 Tage später in Beobachtung geblieben sind. Ferner habe ich streng die Fälle geschieden, bei denen auf intercurrirende Erscheinungen oder auf vorher bestehende Tuberkulose Fiebererscheinungen nur irgend bezogen werden konnten.

Die syphilitischen Prodrome mit und ohne Fieber sind sehr häufig. Wie ich schon früher erwähnt, so hat z. B. Bassereau von 199 Fällen zwischen dem 30. und 90. Tage nach der Ansteckung 143 Mal Prodromalsymptome beobachtet. Unter 60 sehr genau beobachteten Fällen hat Mac-Carthy 40 Mal (also $^2/_3$) sehr markirte Prodrome verzeichnet. Aehnliche Angaben machen andere namhafte Aerzte.

R. Berg sah bei zwanzig Scortis die Syphilis in ihrem ersten Ausbruch: Prodrome fehlten nur in zwei Fällen. Die Temperaturmessungen ergaben nur in einem Fall mit stark ausgeprägten Prodromen eine erhebliche Temperaturerhöhung bis 39,7° C. Von den übrigen Temperaturerhöhungen fehlen die Angaben.

Wenn wir nun noch diejenigen Fälle aus der Literatur zusammenstellen, bei denen Personen, welche noch nicht an Syphilis erkrankt waren, auf dem Wege des Experiments mit Geschwürssecreten oder mit dem Blute Syphilitischer geimpft wurden, so haben wir 43 hier verwerthbare Experimente an

ebensoviel Individuen ausgewählt. Unter dieser Zahl ist vier Mal deutlich ausgesprochenes Fieber aufgeführt: bei den übrigen 39 Fällen ist jedoch nicht ausdrücklich Fieber erwähnt, wiewohl mehrmals entschieden ausgesprochene Prodromalsymptome, Unwohlsein, Frösteln, Kopfschmerz u. s. w. mit dem Eintritt der syphilitischen Allgemeinerkrankung beschrieben worden sind, so dass anzunehmen ist, es würde sich eine noch viel grössere Zahl Fieberkranker herausgestellt haben, wenn die Körpertemperatur thermometrisch geprüft worden wäre. Die Uebersicht aller Impfexperimente ist sehr ausführlich und übersichtlich gegeben in: AUSPITZ's Buch »das syphilitische Contagium«, Wien, Braumüller 1866.

Nach der Schrift von COURTEAUX über »la fiévre syphilitique 1871" ist aber eine noch viel grössere Procentzahl von Fieber bei Syphilis notirt. COURTEAUX giebt pag. 61 unter einer Zahl von798 Kranken 239 Mal Fieber an, das wären also 29,94 Proc. Fieberkranke, mit anderen Worten unter drei Syphiliskranken kommt ein Mal Fieber vor. Die Zahl würde nach COURTEAUX noch grösser sein, wenn alle die Kranken mit gerechnet werden könnten, welche durch ihren zu frühen Austritt aus dem Hospital der Beobachtung entgingen. Die von COURTEAUX angegebene Zahl übersteigt die vorhin angeführten Ziffern so beträchtlich, weil COURTEAUX sowohl das Fieber des Eruptionsstadiums mit den ersten syphilitischen Prodromen, als auch die fieberhaften Zufälle im weiteren, späteren Verlauf der Syphilis, die Fieberzufälle der Recidive zusammengezählt hat. Würde COURTEAUX die Fieberzufälle der Eruptionsperiode besonders geschieden haben, so würde er jedenfalls eine Zahl anzuführen haben, welche der meinigen näher gekommen sein würde.

Auffällig bemerkbare Betheiligung verschiedener Systeme des Körpers in der Periode der Prodrome zur Zeit des ersten Ausbruchs der Syphilis.

Die Prodromalperiode geht zuweilen objectiv und subjectiv symptomlos vorüber. Die verschiedenen Symptome von Seiten des Nervensystems, welche sich in dieser Periode zeigen können, fehlen zuweilen. Zuweilen treten sie so unverhältnissmässig und scheinbar schwer in den Vordergrund, dass man erst aus dem weiteren günstigen Verlauf bei gleichzeitigem Deutlichwerden der übrigen Syphilissymptome die syphilitische Natur erkennt. Diese nervösen objectiven und subjectiven Symptome, deren wichtigste ich schon als bekannte Erscheinungen aus den Lehrbüchern angedeutet habe, und als deren häufigste die Schmerzen, sogenannte Knochenschmerzen angeführt werden, gehen zuweilen ohne deutlich bemerkbare Fiebererscheinungen einher. Daher scheint ein zuweilen heftiger Grad der nervösen Zufälle, wenn sie die Fiebersymptome eines mässigen Eruptionsfiebers begleiten, mit dem Fieber nicht in entsprechendem Verhältniss zu stehen. Weil die

nervösen Symptome, namentlich die subjectiven, die Kopfschmerzen auch ohne Fieber verlaufen, so darf man Kopfschmerzen nicht immer als eine Theilerscheinung des Fiebers auffassen. Das syphilitische Eruptionsfieber, welches wie gesagt zuweilen viel Aehnlichkeit mit den acuten, exanthematischen Eruptionskrankheiten hat, selbst die Höhe kann den anderen Eruptionskrankheiten gleichkommen, unterscheidet sich jedoch dadurch, wie ich früher zuerst hervorgehoben habe, dass das Stadium der Prodrome bis zum Ausbruch des Exanthems hier kürzer dauert als bei den exanthematischen Krankheiten. Unter den subjectiven Nervensymptomen der syphilitischen Eruptionsperiode sind also sehr häufig die Schmerzen und besonders die Kopfschmerzen zu erwähnen: dieselben haben in der Regel, in sofern sie als eine Theilerscheinung des Fiebers aufzufassen sind, nicht jenen lanzinirenden, reissenden, furchtbaren Grad der syphilitischen Schmerzen, wie er aus den Beschreibungen der Syphilisschriftsteller aller Zeiten bekannt ist. Der von dem Fieber unabhängige Kopfschmerz der Eruptionsperiode, welcher oft mit ähnlich gearteten Schmerzen in anderen Theilen gepaart ist, hat die Eigenthümlichkeit, durch Bettwärme gesteigert zu werden, weshalb begreiflich ist, dass man ihn immer als nächtlich beschrieb.

Die Kopfschmerzen als Theilerscheinung des Eruptionsfiebers sind allerdings manchmal auch reissend, aber im Allgemeinen mehr dumpf und klopfend. Zuweilen haben dieselben aber einen sehr mässigen Grad. Es kann selbst Fieber ohne Kopfschmerzen vorkommen. Wir sehen, wie häufig bei der Syphilis, auch hier eine grosse Mannigfaltigkeit in der Erscheinungsweise der Symptome. Ohne jedoch auf subjective Symptome einen zu grossen Werth legen zu wollen, ist es doch unerlässlich in soweit der Schmerzen zu gedenken, als sie eine Beziehung zum Fieber haben oder nicht. In welcher Weise die furchtbaren, heftigen, lanzirenden Schmerzen, welche ihren Sitz theils in den Kopfknochen, theils in anderen Knochentheilen zu haben scheinen, von dem Nervensystem direct abhängen oder auch nicht, d. h. ob an schmerzhaften Theilen Veränderungen vorhanden sind, oder ob die Schmerzen auf reflectorischem Wege zu Stande kommen, lässt sich schwer bestimmen. Was die heftigen Knochenschmerzen anlangt, so sind Gründe vorhanden, welche uns darauf hinführen, dass sehr frühzeitig ebenso wie im Nervensystem, so auch in dem Knochensystem der Grund zu den bekannten, späteren Veränderungen der Knochen gelegt wird. Klinisch lässt sich dies durch Beispiele belegen, welche beweisen, dass man schon in der ersten Eruptionsperiode Caries syphilitica der Kopfknochen beobachtet hat. Die Knochenveränderungen, wenn auch in so früher Periode nur selten ausgedehnte Zerstörungen veranlassend und in der Regel nur zu vermuthen, wirken, so muss man sich denken, auf das Nervensystem in einer Weise zurück, dass jene Schmerzen, wie bei anderen Neuralgien aus anderen Ur-

sachen, hier eine Quelle im Knochen haben. Doch muss man auch für andere Fälle den Sitz des Schmerzes in Veränderungen des Nerven suchen. Die Ursachen des Schmerzes fordern aber durchaus nicht einen fieberhaften Verlauf. In vielen Fällen gleichen sich diese frühzeitigen, Schmerz verursachenden Veränderungen wieder vollständig aus. Das Zustandekommen von Fieber ist also durchaus unwesentlich für das Auftreten des Schmerzes, welcher letztere aber unter Umständen auch als Theilerscheinung des etwa eintretenden Fiebers aufgefasst werden muss. Mit dem Nachlass des Fiebers hören nicht selten alle subjectiven Beschwerden, die Kopfschmerzen u. s. w. auf. Der Kranke fühlt sich wie nach einer Masern- oder Blatterndefervescenz, wenn auch noch matt, so doch bald wesentlich wohler. Bei der Syphilis bemerkt man nun, dies hebe ich hervor, in vielen Fällen den wesentlichen Unterschied, dass mit dem Nachlass oder Aufhören des Fiebers die Kopfschmerzen und schmerzhaften Empfindungen in anderen Theilen nicht immer aufhören, sondern in intensiver Weise fortbestehen. Dieses Verhalten findet aber in dem bekannten Verlaufe der Syphilis seine Erklärung. Der syphilitische Process ist mit der Defervescenz noch nicht abgeschlossen, wie wir durch die verschiedensten, schweren Nervensymptome dieser Periode der Krankheit wissen. Denn nicht nur der Kopfschmerz oder Schmerz überhaupt, sondern jedes andere Symptom, z. B. Schwindel, plötzlich lange anhaltende Ohnmacht, Somnolenz, wie ich beobachtet habe, Krämpfe und andere Erscheinungen können fieberlos verlaufen.

Von Seiten des Gefässsystems ist zu erwähnen, dass Empfindungs- und Bewegungsanomalien des Herzens beobachtet worden sind, ferner, dass der Puls erregt sein kann, ohne dass gleichzeitig Fieber vorhanden ist. Dies wurde schon oben berührt. Bei gleichzeitigem Fieber muss der erregte Puls als Theilerscheinung des Fiebers aufgefasst werden.

Selten hat man im Knochensystem, in den Gelenken, in den Sehnenscheiden und Muskeln zur Zeit der Eruptionsperiode deutlich wahrnehmbare objective, weit vorgeschrittene Veränderungen z. B. Caries, beginnende Periostiten, Gelenkentzündungen, Muskel-, Bänder- und Sehnenscheidenentzündungen, Bewegungsstörungen u. s. w., welche mit und ohne Fieber eintreten können. Häufiger sind zu dieser Zeit nur die subjectiven Symptome, rheumatoide Schmerzen wahrnehmbar.

Die characteristischen Merkmale der Haut.

Die erste ursprüngliche, syphilitische Hautform besteht gewöhnlich in der Roseola, aus welcher die übrigen mannigfaltigen Efflorescenzen des syphilitischen Exanthems successiv sich entwickeln können. Der Roseola geht nicht selten das von mir früher beschriebene Eruptionsfieber voraus.

Zuweilen ist die Roseola so sparsam, dass sie leicht übersehen wird. Dies geschieht um so leichter, wenn sie entweder rasch wieder verschwindet oder auch, wenn sich bald andere, gewissermassen höhere Stadien eines schon vorgeschrittenen Infiltrationsprocesses, z. B. die grösseren Flecke eines Erythema papulatum daran anschliessen, so dass die ursprüngliche Roseola in das Erythema papulatum übergeht, oder wenn die Roseola ohne ausgeprägten Uebergang in Erythema papulatum circumscriptere Infiltrationen erkennen lässt, auf ihrer Spitze zum Bläschen, zur Pustel, mit Ausgang in ulcerative Krusten sich fortentwickelt, kurz, wenn sie die mannigfaltigen, sogenannten polymorphen, d. h. den verschiedenen Entwicklungsstufen angehörigen Hautveränderungen eingeht, so dass man später verschiedene Formen zugleich beobachtet.

Nachdem der erste Ausbruch des Hautausschlags der Roseola mehr oder weniger deutlich ohne oder mit Fieber und meist in Begleitung der aus den Lehrbüchen bekannten Symptome geschehen ist, hat es den Anschein, als ob ein Abschluss der Krankheit erreicht worden sei. Auch das etwa vorhandene Fieber entspricht demgemäss in seinem baldigen Abschluss dem ferneren Verlaufe. Nachdem die acute Entfieberung mehr oder weniger deutlich eingetreten, schliesst sich aber nicht selten unter Weiterentwickelung der Roseola zu anderen Hautformen ein remittirender Character des Fiebers an; unter diesem remittirenden Typus wird allmählig in Tagen oder in 2, 3, selbst 4 Wochen die Norm erreicht. In dieser Zeit entwickelt sich auch bei einzelnen zwischenliegenden fieberfreien Tagen deutlich die Roseola weiter, und es tritt die eine oder andere derjenigen syphilitischen Hautformen, z. B. der papulösen, mehr oder weniger in den Vordergrund, welche als am nächsten der Roseola sich anschliessend bekannt sind. Wenn sich aber in der ersten Eruptionsperiode der Syphilis seltenere Formen, z. B. ein vesiculöser oder pustulöser Ausbruch des Exanthems u. s. w. unter Fieber herausgebildet, so hat dies Fieber, zuweilen nicht unbeträchtlich hoch, stets einen remittirenden Character, und die sorgsame Beobachtung lehrt mich, dass eine Roseola, m i t oder o h n e Fieber früher schon v o r h e r g e g a n g e n sein muss.

Das Fieber der Roseola fehlt zuweilen, dann kommt natürlich die Entfieberung nicht in Betracht. Die ursprüngliche Roseola tritt aber auch analog den acuten Exanthemen, bei welchen der Hautausschlag zuweilen nicht deutlich sich entwickelt, nicht sichtbar hervor, und doch ist das typische, continuirliche, exanthematische Fieber mit der acuten Entfieberung zum Ausbruch gekommen [1]). Der Abschluss des syphilitischen Processes ist aber,

[1]) Eine Analogie kann hier die Scarlatina o h n e A u s s c h l a g geben, wo wir, ebenso wie bei der Syphilis Localisationen haben können. Bei der Scarlatina haben die Localisationen diphtheritischen Zerfall, bei der Syphilis haben die

wie wir gesehen, nur ein scheinbarer; denn die fortschreitende Syphilis giebt sich unter Anderem auch durch die fortschreitende Entwickelung der Hautmorphen zu erkennen, welche, wenn sie nunmehr zu irgend welcher Zeit mit Fieber verbunden sind, nicht mehr den Character des typischen, ersten Eruptionsfiebers der Roseola, sondern stets einen remittirenden Verlauf und jetzt die Bedeutung eines Nachschubs haben.

Processe auf den Schleimhäuten. Mit den Processen auf der Haut gehen gewisse Veränderungen auf der Schleimhaut parallel; am deutlichsten sehen wir dies im Mund und Hintermund. Dr. M. COHN in Wien hat sich zuerst bemüht, die pathologisch-anatomische Parallele zwischen Affectionen der Haut- und Schleimhaut des Mundes und Hintermundes und der Nachbarorgane zu ziehen. Derartige Vergleiche können aber, wenn auch schwieriger beweisbar, ebenso für andere Systeme des Körpers durchgeführt werden. Weil die Mund- und Nasen-Schleimhaut der Beobachtung am zugänglichsten ist und durch ihre Beschwerden ein Object der Behandlung für den practischen Arzt wird, so liegt hier der Vergleich mit den gleichzeitig sich entwickelnden Hautformen sehr nahe.

Die in den hier erwähnten Localitäten zu beobachtenden Veränderungen können zuweilen durch den örtlichen Process Fieber veranlassen; das Fieber muss aber häufiger auf den Allgemeinzustand als auf das örtliche Uebel bezogen werden.

Wenn es im Munde, z. B. an den Mandeln zu ulcerativen Processen oder zu einer Eiterung der Mandeln oder des Gaumensegels mit Durchbruch des Eiters nach der Mundhöhle kommt, so verläuft dieser Process nicht selten mit Fieber, welches in gleicher Weise wie eine gewöhnliche Amygdalitis sich characterisirt. Die Rachen- und Mandelentzündungen in ihren verschiedenen Abstufungen begleiten die Eruptionsperiode am häufigsten. Doch auch die Magen- und Darmschleimhaut kann sich in einer Weise betheiligen, so dass wir einen heftigen, fieberhaften Catarrh haben. Der Fieberverlauf entspricht demjenigen eines mässigen Magen- oder Darmcatarrhs; auch gleicht mitunter der Symptomencomplex einem solchen Catarrhe vollständig; doch wiegen in der Regel die nervösen Symptome, Schmerzen im Kopf, in der Magengegend, Erbrechen, Prostration vor. Das remittirende Fieber ist verhältnissmässig niedrig; auch fieberfreie Tage können vorkommen und geben keine Gewähr für höhere Temperaturen in den folgenden Tagen. Die Zunge ist nur ausnahmsweise stärker, meist dünn oder gar nicht belegt und bleibt feucht. Gleichzeitig fehlt der Appetit, doch hat der Kranke auch Heisshunger und Durst.

Localisationen andere Eigenschaften. Die acute Entfieberung kommt bei Scarlatina dagegen nicht vor.

Auch von Seiten der Respirationsorgane kommen in der Eruptionsperiode Steigerungen bis zu Catarrhen der Nase, des Kehlkopfes; der Lungen, jedoch seltener vor. Fieberhafte Lungencatarrhe sind bei sonst auf den Lungen gesunden Leuten sehr selten. Es ist eine offene Frage, ob es jetzt bis zur wirklichen Lungenentzündung kommen kann. Die Möglichkeit einer Lungenentzündung mit syphilitischer Aetiologie ist nicht zu bestreiten. Doch die pathologische Anatomie lehrt uns, dass zur Zeit der Eruptionsperiode und in den nächsten Monaten nach derselben durchschnittlich die syphilitischen Localprocesse noch nicht sehr umfänglich sind und wenig Neigung zu entzündlichen Ausgängen zeigen. Die syphilitischen Neubildungen bedürfen in der Regel eines grösseren Zeitraums um sichtbar sich weiter zu entwickeln; die atrophischen Processe spielen bekanntlich dabei eine grosse Rolle. Wenn allerdings die neuesten Ansichten, nach welchen die Uebergänge des Syphiloms in den Tuberkel für bestimmte Fälle von Lungenerkrankungen plausibel gemacht werden, berücksichtigt sind, so wäre die lobuläre Pneumonie wenigstens anatomisch gerechtfertigt; indess klinisch ist sie in der Eruptionsperiode oder kurz nach derselben im Zusammenhang mit Syphilis noch nicht verbürgt beobachtet worden. — Bei den Unterleibsorganen mache ich besonders auf die Betheiligung der Leber in der Eruptionsperiode aufmerksam. GUBLER hat 9 derartige Fälle gesammelt und beobachtet, LANCEREAUX, LEBET, BIERMER und Andere kennen ebenfalls dergleichen. Siehe hierüber das Material, welches ich im historischen Theile dieser Schrift zusammengestellt habe.

Die Betheiligung der Leber ist klinisch am häufigsten durch Schmerzen und durch Icterus zu erkennen. Nach den Impfexperimenten (siehe AUSPITZ) finde ich zwei Mal Schmerz in der Lebergegend ohne Icterus zur Zeit der Eruptionsperiode erwähnt. Der Schmerz kann völlig fehlen. Welcher Art die Störungen der Leber sind, wenn auch Icterus fehlt, wissen wir nicht. Bei Icterus können wir annähernde Vermuthungen über die Natur der Störungen hegen. Zwei Fälle, von LEBERT und von WUNDERWALD, liegen mit Sectionsberichten vor: hier verlief der Icterus tödlich. Ich muss mich jedes Urtheils enthalten, da die Syphilis als ätiologisches Moment der tödlich verlaufenden Fälle noch bestritten wird. Nach GUBLER, welcher in der neueren Zeit zuerst wieder auf den syphilitischen Icterus aufmerksam machte (von früheren Schriftstellern wird, wie wir wissen, beiläufig von syphilitischer Gelbsucht, jedoch ohne weitere Begründung, gesprochen), und auch nach LANCEREAUX kann Fieber mässigen Grades den Zustand compliciren. Der Verlauf ist von diesen letzten beiden Autoren thermometrisch nicht festgestellt worden. Wenn wir das von WUNDERWALD beschriebene Beispiel heranziehen, so haben wir hier den Verlauf einer tödtlich werdenden Erkrankung. Im Uebrigen verweise ich auf das klinische Bild, welches

GUBLER giebt. Ich habe einen Fall beobachtet, bei welchem der Roseola und dem mässigen Eruptionsfieber, welches eine deutliche Entfieberung zeigte, am ersten Tage nach der Entfieberung ein leichter Icterus mit Temperatursteigerung bis 30,9° R. folgte, welcher in einigen Tagen unter allmähligem Nachlassen des remittirenden Fiebers vorüberging. Von GUBLER wird die Prognose günstig gestellt. Ich fasse nun meine prognostische Bemerkung in folgender Weise: Während bei Icterus ohne syphilitische Grundlage eine Temperaturhöhe von 31,0° R. und etwas mehr, die Prognose als nicht unbedenklich gestellt werden darf, so kann man bei syphilitischer Aetiologie unter sonst gleichen Umständen, also auch bei gleich hohem Fieber, wenn nicht besonders ungünstige Umstände Bedenken erregen, es wagen, die Prognose im Allgemeinen günstiger zu stellen. Insofern man allerdings die krankhaften Vorgänge in der Leber vor der syphilitischen Erkrankung nicht immer ermitteln kann, so ist keine Lebererkrankung leicht aufzufassen, da ausserdem noch durch die syphilitische Lebererkrankung nicht selten der Anstoss zu weiteren, nicht unbedenklichen Veränderungen, Wachsleber, Speckleber u. s. w. gegeben wird. Dies beweisst die pathologische Anatomie an der Hand der klinischen Erfahrung.

Der Icterus eines Syphilitischen zur Zeit der Eruptionsperiode kann ganz fieberlos verlaufen. Ich habe einen derartigen exquisiten Fall thermometrisch beobachtet, dessen Beschreibung ich im Auszug hier kurz mittheile; derselbe verlief folgendermassen: 10 Wochen nach einem harten Schanker brach bei einem 20jährigen Mann, welcher bisher nur örtlich behandelt worden war, eine Roseola unter Frösteln und grosser Hinfälligkeit und Appetitverlust ohne Fieber aus. (Es bleibt die Möglichkeit, dass kleine Temperaturerhöhungen zu irgend einer anderen Zeit des Tags als am Morgen und Abend, wo der Thermometer gelegt wurde, übersehen sein konnten). 4 Tage blieb der fieberlose Zustand und nun bildete sich deutlicher Icterus ohne Fieber aus. Der Icterus hörte nach 14 Tagen auf, während welcher Zeit der Kranke trotz eindringlicher Ermahnungen sich nicht zu Bett legte, sondern als Kellner seinen Geschäften nachging. Inzwischen verheilte das Geschwür. Nie Fieber. Der Puls war nicht niedrig wie in der Regel bei gutartigem Icterus, sondern zählte 90—100 Schläge in der Minute. Auch in den Fällen von GUBLER ist ein frequenter Puls angegeben. Der niedrige Puls, wie er häufig bei gutartigem Icterus vorkommt, ist bei der Syphilis hier noch nicht beobachtet worden, sondern der Puls war, entsprechend der Eruptionsperiode immer leicht beweglich und aufgeregt. Hierauf mache ich ganz besonders aufmerksam. Ob fieberloser, syphilitischer Icterus prognostisch günstiger als fieberhafter sei, dies würde man auch nach einer viel grösseren Zahl von Fällen nicht entscheiden

dürfen; denn auch nicht syphilitischer, perniciöser, tödlicher Icterus kann bekanntlich vollständig fieberlos verlaufen.

Ueber den Temperaturverlauf bei Betheiligung anderer Organe in der Eruptionsperiode, Milz, Nieren u. s. w. liegen keine Beobachtungen vor. Zur Zeit der Eruptionsperiode wird manchmal vorübergehend Eiweiss mit Cylindern im Harn gefunden. Gleichzeitig fieberten die Kranken etwas.

Somit habe ich diejenigen Organe bezeichnet, welche in der Eruptionsperiode der constitutionellen Syphilis und in der nächstfolgenden Zeit mehr oder weniger häufig Symptome gegeben haben. Insofern das Fieber als eins der Symptome dieser Periode hervorgehoben zu werden verdient, suchte ich demselben seinen Antheil zuzutheilen, indem ich ohne mich auf Einzelheiten zu beschränken, dessen Verhältniss zum Ganzen betrachtete.

B. Fieberzufälle im weiteren Verlaufe der Syphilis.

Wir sind nicht im Stande aus der Art des Auftretens der Symptome in der ersten Eruptionsperiode für alle Fälle auf bestimmte weitere Erscheinungen zu schliessen. Ebenso, wie zur Zeit der ersten Eruptionsperiode der Syphilis Fieber auftreten oder fehlen kann, so verlaufen dieselben nunmehr folgenden Processe der Syphilis das eine Mal fieberhaft, das andere Mal fieberlos, ohne dass wir bei scheinbar gleichen Symptomen im Stande wären die Aetiologie der fieberhaften und fieberfreien Zustände zu ermitteln. Das Vorkommen des Fiebers in der ersten Eruptionsperiode, dessen Beschaffenheit, Grad u. s. w., oder das Fehlen des Fiebers giebt hiernach ebensowenig einen Aufschluss über etwaige, künftige Fieberzufälle und andere Symptome. Das Fieber ist somit nicht das Nothwendige, Characteristische für irgend ein weiteres, sogenanntes secundäres oder tertiäres Symptom, möge dies in Hauterkrankung oder in Veränderung anderer Organe bestehen, wie wohl die Annahme einer reinen Zufälligkeit, occosionellen Coincidenz wie Diday meint, nach meiner Ansicht nicht statthaft erscheint. Es muss vielmehr angenommen werden, dass das Fieber, ebenso wie jedes andere Symptom im Wesen der Krankheit begründet ist. Die Fiebererscheinungen, auch im weiteren Verlauf der Krankheit, haben hier die Bedeutung eines Symptoms, welches bei aller Gesetzmässigkeit dem Wesen der Syphilis entspricht, aber in Betreff des Ergriffenwerdens der einzelnen Personen eine grosse individuelle Verschiedenheit nicht verkennen lässt.

Betrachten wir in dem Zeitraum nach der ersten Eruptionsperiode die verschiedenen Organerkrankungen, so lässt sich hier nicht immer feststellen, in wie weit das Zustandekommen des Fiebers nothwendig durch gewisse Veränderungen bedingt wird, weil oft unter anscheinend gleichen Verhältnissen Fieber fehlt. Ebensowenig lässt sich immer im einzelnen Fall

ermitteln, ob die eingetretenen Fieberzufälle von dem Fortschreiten der Syphilis direct abhängen, oder ob die Syphilis nur den Anstoss gegeben, in Folge dessen sich fieberhafte Complicationen entwickeln, die nicht mehr ausschliesslich auf Syphilis zu beziehen sind. In diesen Umständen mag wohl der Grund liegen, dass viele namhafte Autoren über das Fieber bei Syphilis geschwiegen haben, und dass z. B. DIETTRICH in München auf der Naturforscherversammlung zu Innsbruck sich zu der Erklärung veranlasst sah, das Fieber bei Syphilis komme sehr selten vor, er habe bei ungefähr 400 Kranken keine Fiebererscheinungen beobachtet.

Weil man nun den ätiologischen Zusammenhang des Fiebers zu den einzelnen Veränderungen nicht immer ermitteln kann, und weil in dem chronologischen Auftreten (trotz der Eintheilung in secundäre und tertiäre Periode) eine grosse Mannigfaltigkeit bemerkbar ist, so beziehe ich mich auch hier auf die bekannten Schilderungen der Syphilis und betrachte kurz die verschiedenen Systeme des Organismus, so dass ich bei den mannigfaltigen Aeusserungen der Syphilis den anatomischen Gesichtspunct in so weit festhalte, als bei den verschiedenen Symptomencomplexen das eine oder andere Organ in den Vordergrund tritt. Wir müssen nämlich immer berücksichtigen, dass das Fortschreiten des syphilitischen Processes, ein sogenannter syphilitischer Nachschub sich selten auf ein System, Nervensystem, Gefäss-Knochensystem u. s. w. beschränkt, sondern sich in verschiedenen Systemen, Organen gleichzeitig bemerklich macht. Aus diesem Grund muss jede Erkrankung eines Organs im Verhältniss zu den übrigen Störungen betrachtet werden. Wenn die Störung eines Organs besonders hervortritt, so lässt sich dann zuweilen eine Beziehung zum Temperaturverlauf erkennen.

1. Die äussere Haut und das Unterhautzellgewebe.

Die Erkrankungen der Haut und des Unterhautzellgewebes sind diejenigen, welche unserer Beobachtung am meisten zugänglich und deshalb scheinbar die häufigsten sind. Von ihnen aus beurtheilt man gewöhnlich den Eintritt eines syphilitischen Recidivs, eines Nachschubs. Die syphilitischen Nachschübe geben bis zu einem bestimmten Grad einen Einblick in die Art, in den Character der Erkrankung, z. B. lassen pustulöse, ulcerative Formen auf der Haut ungünstige Syphilisproducte auch in anderen Organen erwarten u. s. w., doch kann nicht umgekehrt aus dem Mangel von irgend welchen deutlichen Hauterscheinungen überhaupt sicher auf den weiteren, späteren, günstigen Verlauf der Krankheit geschlossen werden. Die Symptome auf der Haut verhalten sich hier ähnlich wie das Fieber als Symptom.

Weil nun die syphilitischen Hauterkrankungen bei den Recidiven, welche häufig mit Veränderungen in anderen Organen verbunden sind, die

meiste Aufmerksamkeit erregen, so bringt man auch die etwa gleichzeitigen Temperaturanomalien in einen Zusammenhang, welcher aber für alle Fälle nicht existirt. Wenn z. B. Exantheme auf der Haut mit Fieber und anderen Symptomen combinirt sind, so ist das etwa begleitende Fieber nicht immer auf den Process der Haut zu beziehen, sondern kann unter Umständen auf bestimmte andere, von der Syphilis abhängige Processe oder auch auf das Recidiv im Allgemeinen oder endlich auf irgend welche Complicationen bezogen werden. Es kommen weitverbreitete, tiefgreifende, selbst sehr acut einhergehende Processe auf der Haut ohne jede Temperaturveränderung und umgekehrt geringfügige, partielle Eruptionen mit heftigem Fieber vor. Es kommen in den späteren Perioden, z. B. 1 Jahr nach der Ansteckung, doch auch schon viel früher, mehrmals hintereinander in kleinen Pausen von mehreren Tagen Nachschübe der verschieden gearteten Exantheme vor, mit jeder neuen Ausbreitung des Ausschlags treten täglich successiv höher steigende Temperaturen auf, welche ebenso successiv remittirend wieder in einigen Tagen zur Norm gehen. Man kann sagen, dass sie in einzelnen derartigen Fällen den Temperaturkurven des Erysipelas und nach BÄUMLER auch dem Abheilungsstadium des Abdominaltyphus gleichen. Ich habe Fälle von Erysipelas beobachtet, wo mit jedem neuen Nachschub solche successive Steigerungen mit remittirendem Typus und allmählige Defervescenzen ebenfalls mit remittirendem Character eintraten. Gerade so verliefen zuweilen syphilitische Nachschübe auf der Haut. In solchen Fällen hat man dann das Recht, die Affection der Haut mit dem Fieber in Zusammenhang zu bringen. Doch kommen auch in späteren Perioden bei irgend einer Hautaffection Fiebererscheinungen von continuirlichem Typus vor. Ein Mal habe ich beobachtet, dass während zwei Tagen das Fieber continuirlich ohne Remission anstieg, es kam ein syphilitischer Ausschlag, hierauf Remission und den übernächsten Tag fieberfreier Zustand. Hier war eine grosse Aehnlichkeit des Verlaufs mit dem typischen Eruptionsfieber in der ersten Syphilisperiode vorhanden und nur der Unterschied, dass die Entfieberung nicht rapid, sondern remittirend erfolgte. Hier hatte man auch Grund, den Hautausschlag mit dem Fieber in Zusammenhang zu bringen.

Allgemeine Sätze lassen sich kaum weiter ableiten, und eine Zahlenstatistik ist hier vor der Hand ebensowenig wie bei anderen Symptomen möglich. Schon die Ermittelung früherer therapeutischer Eingriffe ist so unendlich schwierig, und man kommt zu leicht in Gefahr, Fälle unter gleiche Rubriken zu stellen, die vielleicht schon durch die frühere Therapie verschieden sind. Man kann sich daher hier nur sehr allgemein und mehr descriptiv halten und höchstens auf die eigenen und in der Literatur gefundenen Beobachtungen kurz verweisen.

Zuerst hat CAZÉNAVE Beispiele über die verschiedenen syphili-

tischen Exantheme aus der Periode **nach** dem ersten Auftreten der constitutionellen Syphilis übersichtlich angeführt, welche als Beispiele für ein gleichzeitiges Vorkommen von Fieber und den diversen Hauteruptionen zu betrachten sind.

Thermometrisch haben zuerst Dr. BÄUMLER in London, nachher Dr. A. B. DUFFIN, BERKELEY HILL, Dr. BATHURST WOODMANN und BAXTER, siehe die in dieser Schrift von BÄUMLER angeführte Arbeit, endlich COURTEAUX und FOURNIER die **späteren** Processe auf der Haut in der neueren Zeit beobachtet und beurtheilt, nachdem ich früher die differentielle Diagnose einzelner der Roseola **nachfolgenden** Hauteruptionen, welche also auch als spätere Hautaffectionen aufzufassen sind, besprochen hatte. Wiewohl bei diesen verschiedenen Beobachtungen auch anderen Systemen, z. B. dem Knochensystem, eine wesentliche Betheiligung zuerkannt werden muss (ich verweise hierüber auf die Arbeit BÄUMLER's), so finden wir doch einzelne Beobachtungen, bei denen trotz gleichartiger Knochenaffectionen die Temperaturabweichungen auf die Exantheme bezogen werden dürfen.

Der von BÄUMLER und DUFFIN und nach diesen auch von Anderen angeführte remittirende Typus bei späten syphilitischen Processen verschiedener Organe kommt also auch bei den Hauteruptionen vor.

Was die **Häufigkeit** der Fiebererscheinungen bei den einzelnen Hautformen anlangt, so verweise ich hierbei auf die Beispiele von CAZÉNAVE und auf Das, was im Allgemeinen ZEISSL in seinem Lehrbuch der constitutionellen Syphilis anführt, welcher sich über die Art des Fiebers nicht weiter ausspricht.

In Betreff des Fiebertypus und der **Art** des Auftretens füge ich nach meinen eigenen Erfahrungen noch hinzu, dass im Allgemeinen, ohne einen Ausdruck in Zahlen geben zu können, die acut auftretenden Recidivformen häufiger mit Fieberbewegungen verbunden sind als die chronischen Formen. Das Fieber hat aber auch hier nicht mehr jenen Typus wie bei dem **ersten** Auftreten der constitutionellen Erscheinungen, sondern besteht in einzelnen abendlichen Exacerbationen mit Rückgang zur Norm oder mit leichten Remissionen. Hier kann eine nur einmalige Erhebung vorkommen, oder es schliessen sich auf unbestimmte Zeit, viele Tage, selbst Wochen lang Temperaturerhöhungen an; fieberfreie Tage sind zuweilen dazwischen gelegen, durch welches Verhalten alle jene Angaben früherer Schriftsteller von einem intermittirenden Typus des syphilitischen Nachschubfiebers sich erklären. Dies sind aber keine intermittirenden Fieberzufälle, eine regelmässige Wiederkehr dieser fieberfreien Tage lässt sich **durchaus nicht** erkennen. Der remittirende Character wird continuirlich, wenn Complicationen dabei sind.

Die allgemeine Ausbreitung des syphilitischen Hautprocesses entspricht

gerade wie bei der ersten Eruptionsperiode nicht immer dem Fieber und der Fieberhöhe; denn, wie wir früher gesehen haben, kann jeder syphilitische Process mit und ohne Fieber verlaufen. Ich habe Fälle thermometrisch genau beobachtet, wo nach dem ersten Ausbruch der Syphilis Roseola und typisches Fieber vorhanden war und Wochen und auch Monate nachher sich ein weitverbreitetes Acneexanthem ohne und mit Fieber entwickelte. Ebenso habe ich nach dem ersten fieberhaften Ausbruch der syphilitischen Roseola ohne weitere Symptome von Seiten irgend eines Organs einige Monate später tuberkulöse, nässende, breite Plaques nur am Scrotum unter Schüttelfrost und remittirendem mehrtägigen Fieber von der Höhe eines Grades Celsius über der Norm gefunden. Bei einem anderen Kranken mit impetiginösen Krusten über einen grossen Theil des Körpers mit Zerstörungen der Stirn und Gesichtshaut 6 Jahre nach der Infection, war Monate lang trotz heftigster Eiterung und sonstiger in Zerfall begriffener Gummata kein Fieber bemerklich. Plötzlich bildeten sich unter heftigem Kopfschmerz, Schwindel und Frösten masernartige rothe Flecke nur auf beiden Handtellern und Vorderarmen; einzelne dieser Flecke schwanden bald unter Abnahme des remittirenden Fiebers, andere wandelten sich in characteristische, syphilitische Infiltrate um.

Bei einer anderen Kranken mit deutlich syphilitischen Symptomen kamen 1 Jahr nach der Ansteckung syphilitische Blatterneruptionen mit deutlichem Nabel, auf dem Rücken und auf der Stirn hervor; dabei waren so ziemlich wöchentlich einfache, eintägige Fiebererhöhungen von 1 Grad Celsius vorhanden; dabei Kopfschmerz, Frösteln, Abgeschlagenheit. Eine Einreibungskur beseitigte die Symptome. Eine Gesetzmässigkeit in dem Wandel und dem Zusammenhang aller dieser Erscheinungen mit dem Fieber lässt sich eben auch hier nicht präcisiren; höchstens kann man aus dem immerhin nicht seltenen Zusammenfall von Nachschüben auf der Haut mit dem remittirenden Fieber einen Zusammenhang vermuthen.

Es ist hier bei den Nachschüben noch der Eigenthümlichkeit zu gedenken, dass das Auftreten der ersten Allgemeinerscheinungen, der ersten Roseola fieberlos einhergehen kann, dass, nachdem die Roseola sparsam oder reichlich sich verbreitet hat, nachdem ein kürzerer oder längerer fieberfreier Zeitraum verflossen ist, nun erst Fieber unter Weiterververbreitung der Roseola oder einer sich anschliessenden Hautform zur Beobachtung kommt. Das Fieber hat jetzt einen remittirenden Typus und ist als Nachschubfieber, als das Fieber eines Recidivs aufzufassen. Dies Fieber darf man mit dem typischen, ersten Eruptionsfieber der Roseola nicht verwechseln. Mit diesen ersten Recidiven tritt nicht selten die Iritis auf.

Die anatomische Form und der frühere oder spätere Zeitpunct des Eintritts eines Hautausschlags erlaubt nach den bisherigen Beobachtungen

nicht, eine bestimmte Regel über das Zustandekommen und den Grad der Fiebererscheinungen aufzustellen.

Wohl beobachtet man bei einzelnen mit tiefgreifenden Hautveränderungen und Suppuration einhergehenden Zuständen, auch bei syphilitischer Varicelle und Pemphigus, ähnlich wie bei der Variola vera, eine Art Suppurationsfieber, doch kann jenes Suppurationsfieber, selbst bei tiefgreifenden, allgemeinverbreiteten Eiterungsprocessen der Hautdecke ganz fehlen.

Im Unterhautzellgewebe bilden sich zuweilen syphilitische Knoten von verschiedener Grösse, welche lange Zeit unverändert bleiben; sie kommen überall vor, hinter dem Ohr, an der Stirn, am Hals u. s. w. Am letzten Orte sind sie nicht mit Drüsenanschwellungen zu verwechseln. Aus solchen Knoten, welche für die Betastung spurlos verschwinden können, entwickeln sich in anderen Fällen rhypiaartige Geschwüre, oder grosse furunkelnähnliche, taubeneigrosse Geschwülste, aus denen sich bei Einschnitt kein Eiter, sondern nur Blut und trübe Flüssigkeit entleeren. Manchmal gehen dieselben nachträglich noch in Eiterung über, namentlich dann, wenn ein Einschnitt gemacht wurde. Alle diese Vorgänge können ohne Fieber und nur seltener mit Fieber verlaufen. Gewöhnlich sind andere Syphilissymptome mit ihnen verbunden, so dass man nur selten ein Fieber auf dieselben allein zu beziehen hat.

2. Der Bewegungsapparat.

Die Muskeln, Knochen, Knorpel, Gelenke, Bänder, Sehnenscheiden. Genaue Beobachtungen über Fiebererscheinungen, welche selbstständige syphilitische Processe in den Muskeln begleiten, sind noch nicht gemacht worden. Wohl kennt man hier suppurative Umwandlungen syphilitischer Knoten, und es ist anzunehmen, dass diese unter Umständen mit Fieber einhergehen. Virchow hat einen käsig-eitrigen syphilitischen Knoten im Herzfleisch gesehen; in dem Falle war Fieber vermerkt; indess, gleichzeitig kamen andere syphilitische Störungen vor, so dass man nicht mit Bestimmtheit weiss, auf welche der Affectionen das Fieber zu beziehen war. Häufiger gehen derartige Vorgänge in den Muskeln als consecutive Veränderungen mit Affectionen der Knochen und Gelenke einher. Tiefgreifende Eiterungen der Muskeln sind bekannt; sie gehen gewöhnlich von den Knochentheilen aus. Das Fieber ist dann nicht allein auf das Muskelsystem zu beziehen. Doch nicht nur Eiterungsprocesse, sondern rascher vorübergehende Schwellungen der Muskelpartieen in der Umgebung der Gelenke mit manchmal gleichzeitigen Störungen der Sehnenscheiden und Bänder sind von den Schriftstellern hinlänglich geschildert. Die Schwellung lässt bald nach, nur Schmerzhaftigkeit bleibt oft lange zurück. Alle diese mannigfaltigen Zufälle mit ihren verschiedenen Ausgängen können fieberlos verlaufen. Nicht selten ist aber

ein lange Zeit, Monate lang anhaltendes, remittirendes, manchmal ziemlich hohes Fieber damit verbunden. Je nachdem die Sehnenscheiden, Muskeln, Knochen, Gelenke u. s. w. besonders auffällig betheiligt waren, hat man diese Symptome besonders beschrieben und dieselben als syphilitisch-rheumatische, oder rheumatoide Erkrankungen geschildert. Dieselben haben mit dem Rheumatismus weiter nichts gemein als die Schmerzen. Sie werden aber in Bezug auf ihre syphilitische Aetiologie selten genug erkannt. Diese Erkrankungsformen sind aufzufassen entweder als Zeichen einer fortschreitenden Syphilis oder als consecutive Veränderungen. Zur ersten Annahme ist man berechtigt, wenn fortschreitende Syphilisproducte auch in anderen Organen zu finden sind. Die letztere Annahme darf man unter Umständen, jedoch nur beschränkt, machen, wenn die Zeichen einer fortschreitenden Syphilis fehlen. Es ist oft schwer, beide Modalitäten auseinander zu halten, weil verschiedenartige Complicationen, namentlich wirklicher Rheumatismus, die Beurtheilung nicht leicht machen. Bei weitem nicht immer hat man Eiterungsprocesse, sondern alle möglichen Ausgänge zu erwarten. Das Fieber darf keinesfalls immer direct auf eine beobachtbare anatomische Veränderung bezogen werden; denn die Syphilis verursacht auch unter nur subjectiven und functionellen Anomalien der Bewegungsorgane langwierige Fieberbewegungen, welche grosse Aehnlichkeit mit Rheumatismus haben.

Nach den Arbeiten von Bäumler und Duffin geht hervor, dass sich diese Autoren bemüht haben, gewisse Eigenthümlichkeiten aufzustellen, welche dem sogenannten syphilitischen Rheumatismus und den syphilitischen Knochenaffectionen und Periostiten zukommen. Es ist nicht zu leugnen, dass, wenn man jene Temperaturcurven, welche Bäumler und Andere veröffentlicht haben, wenn man die Fälle, welche möglichst von sonstigen Complicationen frei sind, betrachtet, der remittirende Typus klar hervortritt. Ich verweise hier auf die in dieser Schrift vielfach citirte Arbeit von Bäumler. Namentlich sind die grossen Remissionen auffällig, so dass eine gewisse Aehnlichkeit mit Rheumatismus in einzelnen Stadien der Erkrankung hierdurch einleuchtet. Bäumler hat nach Duffin's und seinen Beobachtungen den Schluss gezogen, dass zur Zeit der einzige wesentliche Unterschied zwischen wirklichem Rheumatismus und zwischen syphilitischem nur ex juvantibus, aus der Wirkung des Jodkaliums aufgestellt werden könne.

Ebenso war das Bestreben des Committee on temperature in Syphilis löblich, differentielle Unterschiede des syphilitischen Fiebers und des pyämischen Fiebers zu erwägen, weil pyämisches Fieber (allerdings seltener) namentlich bei consecutiven Eiterungsprocessen der Bewegungsorgane in Frage kommen kann. Das Committee war der Ansicht, dass eine Verwechslung nicht wohl stattfinden werde. Ich bin derselben Meinung und

füge noch hinzu: Sind die durch Syphilis hervorgerufenen Eiterungen der Knochen und umgebenden Theile zu einem Grade gediehen, dass sich Pyämie entwickelt hat, so wird der remittirende Typus des syphilitischen, fieberhaften Eiterungsprocesses leicht verwischt und die Pyämie ist eben an ihren sonstigen Erscheinungen in Verbindung mit dem pyämischen Fieberverlauf zu erkennen. Die grossen Remissionen sind für die Diagnose der Pyämie dann von Bedeutung, wenn sie bei sonstigen, der Pyämie zukommenden Erscheinungen und bei damit verbundenem continuirlichen Fieber plötzlich, unabhängig von der Tageszeit, bis zur Norm gehen. Bei der Syphilis ist das Fieber aber remittirend. Eine Verwechslung mit Pyämie in Fällen mit beträchtlichen Remissionen wird aber auch dann nicht leicht geschehen, wenn eine von Syphilis abhängige Remission bis zur Norm herabgeht, weil dann auf Pyämie deutende deutliche Zufälle fehlen. Es war aber nicht ungerechtfertigt, die Pyämie in das Bereich der Betrachtungen und differentiellen Diagnose zu ziehen, weil die Syphilis als ätiologisches Moment zur Entstehung pyämischer Processe bei manchen Organerkrankungen, so auch hier bei dem Bewegungsapparat eine entschiedene Rolle spielt.

3. Die Harn- und Geschlechtsorgane.

Die amyloide und wachsige Degeneration der Nieren kann mitunter sicher mit Syphilis in Verbindung gebracht werden. Die Temperaturverhältnisse entsprechen der amyloiden und wachsigen Degeneration im Allgemeinen. Unter den anderen, vielfachen, oft symptomlosen syphilitischen Processen der einzelnen Gewebe im Harnapparat hat noch eine Bedeutung: der von irgend einer Stelle ausgehende Zerfall eines syphilitischen Knotens mit Durchbruch nach Niere, Blase, Harnröhre und so weiter. Es liegt auf der Hand, dass beträchtliche Suppurationen Fieber bedingen können; doch ist zu erwähnen, dass sowohl in günstigen als auch in ungünstigen Fällen, selbst bei beträchtlichen Eiterungen Fieber fehlen kann.

Die männlichen Geschlechtsorgane. In denselben bilden sich oft ziemlich rasch umfängliche Knoten (namentlich im Hoden) ohne jede Fiebererscheinung aus, auch die mannigfachen Ausgänge (Atrophie. Eiterung u. s. w.) kommen ohne Fieber vor. In anderen Fällen wieder wissen wir nicht, ob wir das Fieber auf die acute Bildung des Knotens oder auf eine andere Ursache beziehen sollen. In einem Fall zerfiel bei einem 60jährigen, kräftig genährten, in guten Verhältnissen lebenden Herrn, welcher vor zwei Jahren sich syphilitisch angesteckt und sich früher einer Quecksilberkur unterzogen hatte, später auf der Glans penis ein kleines Gumma (Pseudochancre induré Fournier's) mit nachfolgender Gangrän, Durchbruch nach der Harnröhre und dem Corpus cavernosum. Die ganz

ausserordentlich starke Eiterung verlief ohne Fieber. Aus dem Corpus cavernosum wurde jeden Tag, wenn man von der Wurzel das Penis auszog und drückte, theils durch die Oeffnung in der Glans, theils durch die Harnröhre successiv eine halbe Kanne Eiter entleert. Nach und nach wurden Zellgewebsfetzen durch die Oeffnung herausgezogen und ein tiefer Einschnitt in die Wurzelgegend des Penis nach dem Corpus cavernosum zu ersparte die Amputation des Penis, welche eventuell schon in Aussicht genommen werden musste und führte zu vollständiger Heilung. Die Erkrankung verlief fieberlos.

Der Zerfall gummöser Knoten, welcher z. B. an der Glans penis zu falscher Diagnose führen kann (dem Kranken wird z. B. fälschlich vom Arzte eine neue Ansteckung zugemuthet), oder welcher, wenn er in der Prostata sich zeigt, nur auf Stricturen in Folge von Tripper und auf andere Ursachen, aber eigenthümlicher Weise seltener auf Syphilis bezogen wird, kann aber auch mit Fieber verlaufen.

Die weiblichen Geschlechtsorgane. Hier gedenke ich nur im Allgemeinen der verschiedenen Krankheiten des Uterus und seiner Anhänge insofern, als die Syphilis als ätiologisches Moment mitunter anzurufen ist. Der Verlauf dieser Erkrankungen wird durch die Syphilis keineswegs in eigenthümlicher Weise gefärbt. In Bezug auf Temperaturanomalien lässt sich nichts Eigenthümliches hervorheben. Metriten, Perimetriten, puerperale Processe u. s. w. sind zuweilen auf Syphilis zurückzuführen. Das etwaige Fieber hängt in seinem Verlauf von den Umständen ab, welche es bedingen. Ich habe nicht syphilitische Perimetriten und Endometriten mit profusem Ausfluss beobachtet, wobei tägliche hohe Temperaturen mit Remissionen des Morgens verliefen. Das Fieber glich den syphilitischen, langwährenden Fieberzuständen, welche den späteren Perioden eigenthümlich sind. Hier war jedoch Syphilis bestimmt auszuschliessen.

4. Der Verdauungsapparat.

Die allgemeinverbreiteten Catarrhe vom Mund bis zum After sind selten; sie geben mitunter das Bild eines mässigen, fieberhaften Darmcatarrhs. Doch ist der fieberfreie Zustand selbst bei ausgebreiteten Schleimhautcatarrhen häufiger. Dies sehen wir z. B. schon daraus, dass unter dem Einfluss der Syphilis stehende, mit Appetitverlust einhergehende Diarrhöen und Koliken und andere Verdauungsanomalien meist fieberlos zu Stande kommen können. Locale Catarrhe der Intestinalschleimhaut verlaufen febril und fieberfrei und tiefergreifende Störungen, grosse syphilitische Darmgeschwüre u. s. w. oft ganz fieberlos. Das etwa begleitende Fieber ist leicht und remittirend. Wenn die verschiedenen consecutiven Veränderungen der Nachbarorgane, insbesondere die Mund- Rachen- Schlund- Magen- und

Darmgeschwüre, Peritonitis etc. sich ausbilden, so entspricht der Temperaturverlauf dem Grade der Störungen oder der damit in Zusammenhang stehenden Complicationen Der Einfluss einer direct durch Syphilis bedingten Temperaturveränderung würde nur dann anzunehmen sein, wenn ein Nachschub, welcher sich durch syphilitische Producte in verschiedenen Theilen des Körpers characterisiren müsste, gleichzeitig mit den erwähnten Störungen beobachtet würde.

Schon J. Frank, Traité de pathol. interne, trad. franc. t. VI. p. 81 erzählt einen Fall von syphilitischen Darmgeschwüren etc.: Ein junges Mädchen von 19 Jahren litt an primären, syphilitischen, später an secundären Geschwüren im Hals und an einer syphilitischen Hauteruption. Nachdem diese Affectionen geheilt waren, wurde das Mädchen von Tag um Tag zunehmenden Kolikschmerzen befallen. Zugleich heftige Diarrhöe und hectisches Fieber. Die Autopsie zeigte ein Geschwür am Ende des Ileum, ein anderes am Coecum und drei im Colon ascendens. Diese Geschwüre wurden von Harlt für syphilitische Geschwüre erklärt.

Die Anhänge des Intestinaltractus. Mandelentzündungen nach der ersten Eruptionsperiode verlaufen meist fieberlos, doch kommen auch acute, suppurirende Processe mit Fieber vor. Das Fieber der acuten syphilitischen und der acuten nicht syphilitischen Mandelentzündung unterscheidet sich nicht. Das Gaumensegel betheiligt sich manchmal; dabei entwickelte Eiterungen haben mitunter Fieber im Gefolge. Follikuläre Verschwärungen kommen mit und ohne Fieber vor.

Störungen der Speicheldrüsen, insoweit sie allein die Folge von Syphilis sind, verlaufen in der Regel fieberlos. Lancereaux erzählt einen Fall, bei welchem es sich um eine deutlich ausgesprochene Syphilis handelte. Nach früher verabreichten Pilules de Sedillot zeigten sich verschiedenartige Affectionen der Mundschleimhaut und schmerzhafte Schwellung der Submaxillaris mit Schwellung und Röthung der einen Backe. Gleichzeitig zunehmendes Fieber und Darmstörungen; unter Suffocationszufällen trat der Tod ein. Die Autopsie ergab in den verschiedenen Organen Gummata und syphilitische Narben in Leber, Pericardium, Lungen, markige Schwellung der Speicheldrüsen, Geschwüre in Pharynx und Larynx. Es ist in diesem Fall nicht statthaft, das Fieber auf irgend eine der erwähnten Affectionen allein zu beziehen, wie wohl die erysipelatöse Entzündung der Gesichtspartien und die Speicheldrüsenaffection hier für den Beobachter vorwiegend gewesen ist.

Die Affectionen des Pancreas sind noch dunkel. Die Affectionen des Peritonaeums verhalten sich in ihrem Temperaturverlauf zu Syphilis ebenso wie zu anderen krankmachenden Ursachen, wie z. B. zu der Tuberculose, zu Carcinom u. s. w. In sofern allerdings die eigenthümlichen Aus-

gänge der syphilitischen Processe, die narbige, atrophische Schrumpfung der syphilitischen Geschwülste mit in Betracht gezogen werden müssen, kann man sagen, dass es hier seltener zu Peritoniten kommt. Wenn aber ein Mal eine Peritonitis sich ausgebildet hat, so verläuft diese wie jede Peritonitis, die aus irgend einer anderen Ursache entstanden ist.

5. Der hämopoëtische Apparat.

Die Leber. Die syphilitischen Veränderungen der Leber gestatten, soweit es überhaupt möglich, noch am meisten einen Einblick, welcher erläutert, in wiefern etwa vorhandene Veränderungen das Zustandekommen von Fieber beeinflussen. Gerade hier kann man aus dem in der Literatur gegebenen Material erkennen, dass zu jeder Epoche der Krankheit oft beträchtliche Entartungen der Leber ohne jede Temperaturanomalie verlaufen, dass dagegen scheinbar weniger auffällige Veränderungen mit beträchtlichen Temperaturabweichungen einhergehen können. Es kommt hier ausserdem noch Das in Betracht, was Frerichs in seiner Klinik der Leberkrankheiten gesagt hat. —

Wenn sich aus syphilitischer Ursache amyloide und wachsige Degeneration u. s. w. der Leber ausgebildet hat, so verläuft diese Krankheit, in soweit in Folge der Syphilis nicht andere Störungen die Temperatur noch besonders alteriren, so zu sagen nach dem Schema der amyloiden oder wachsigen Degeneration. Jedes Symptom, die Temperaturanomalien, etwa vorhandener Icterus und was immer, ordnet sich diesem Schema unter. Die syphilitische Aetiologie prägt dem Temperaturverlauf hier keine der Syphilis zukommende, eigenthümliche Physiognomie auf und tritt daher für uns in der Beschreibung, wenn auch keineswegs in der Therapie, zurück. Dr. Wetzlar[1] in Aachen beobachtete bei 18 Fällen von syphilit. Wachsleber 4 Mal Icterus, von Fieber wird zur Beobachtungszeit Nichts erwähnt.

Die circumscripten Geschwülste der Leber mit knolliger Verunstaltung des Organs in der exquisiten Ausbildung, welche man in der neueren Zeit seit Ricord, Dittrich in Prag, Virchow, Frerichs, Wagner, Oppolzer und Anderen kennt, müssen in sofern eine besondere Aufmerksamkeit erregen, als man die Frage aufwirft, wie sich dieselben zu einzelnen hier in Betracht kommenden Symptomen, zum Fieber, zum Icterus u. s. w. verhalten; denn vom Verlauf im Allgemeinen wissen wir, dass sie, auch wenn Entartungen anderer Organe fehlen, sehr verschieden im Leben sich gestalten. Das klinische Bild ist ausserordentlich mannigfaltig, oft symptomlos, und eben deshalb ist die Aufmerksamkeit auf dieses Uebel sehr spät gelenkt worden, und eben auch deshalb hat man seinen Zusammenhang erst

[1]) Dr. Wetzlar, Zur Diagnostik und Therapie der syphilitischen Wachsleber. Deutsche Klinik No. 14. 1869.

sehr spät erkannt (ich erinnere nur an die Deutung dieser syphilitischen Knoten durch OPPOLZER als geheilten Leberkrebs), oft wieder stellt sich dasselbe dar als eine Leberkrankheit mit allen möglichen einer Störung in der Leber zugehörigen Symptomen.

Man wird sehr selten die Kranken, welche Decennien lang mit ihren syphilitischen Leberentartungen ihrem Berufe nachgehen, während des ganzen Verlaufs der Erkrankung beobachten können, und muss daher die oft unzuverlässigen Angaben sehr mühsam zusammentragen. Deshalb ist der practische und theoretische Werth einzeln herausgegriffener Symptome, wie z. B. der Fiebererscheinungen, des Icterus, der Schmerzen, der Formveränderungen nur relativ. Indessen, wenn man diese einzeln hier herausgegriffenen Symptome im Verhältniss zum klinischen Gesammtbild betrachtet, so lassen sich die einzelnen Beobachtungen zu Schlüssen verwerthen, aus welchen, wenn weiter Nichts, so doch die allgemeine Verlaufsweise der Syphilis wieder zu erkennen ist. Somit hat man denn vielleicht den Nutzen, an der Hand einzelner Thatsachen einen gegebenen Fall richtig zu beurtheilen.

Wenn wir also die Temperaturverhältnisse in Beziehung zum Icterus zunächst als Symptome betrachten, welche bei Leberaffectionen für die klinische Beurtheilung einen Werth haben, so hat man hervorzuheben:

Dass jene hochgradigen Leberaffectionen

1) ohne Fieber und ohne Icterus,
2) ohne Fieber und mit Icterus,
3) mit Fieber und ohne Icterus,
4) mit Fieber und mit Icterus

vorgekommen sind.

Vom Fieber selbst muss man sagen, dass dasselbe selten eintritt oder nur intercurrent vorkommt, so dass man oft nicht weiss, ob es gestattet ist, dasselbe auf die Leberaffection zu beziehen. Andere Male ist das Fieber auf Complicationen, z. B. auf secundären Hydrops und Lungencatarrhe, Eiterungen u. s. w. zurückzuführen. Das Fieber ist hiernach eine unwesentliche Erscheinung für die Bildung und Weiterentwickelung tardiver Leberentartungen. Dasselbe gilt von dem Icterus. Von letzterem Symptome leuchtet es pathologisch-anatomisch ein, wie dasselbe bei hochgradigen Veränderungen fehlen kann, und wie dieser Icterus wieder auch mitunter wie durch eine Zufälligkeit, wenn z. B. eine kleine, drückende Geschwulst an einer bestimmten Stelle der Leber sitzt, zu Stande kommen muss. Von mir ist während der Zeit als ich interimistisch am Stadtkrankenhaus zu Dresden im Jahre 1868/1869 den Prosector vertrat, eine Autopsie vorgenommen worden, bei welcher sich unter übrigens weitverbreiteten, veralteten Syphilissymptomen bei einer Frau eine exquisit knollig entartete und völlig verunstaltete Leber mit taubeneigrossen, rundlichen und infolge der narbigen Einziehungen förmlich traubenartig an

einandersitzenden Leberpartien vorfand. Icterus war nicht bemerklich und soll früher auch nicht dagewesen sein.

Um unter den sonstigen Symptomen nur noch der Schmerzen zu gedenken, welche bei den syphilitischen Leberaffectionen vorkommen, so werden während des ganzen Verlaufs der Erkrankungsform dergleichen entweder gar nicht oder unter den verschiedensten Abstufungen in sehr heftigem Grade empfunden. Häufig ist dabei gar kein Fieber vorhanden.

Heftige, fieberlose Schmerzen kommen auch bei den Perihepatiten vor, welche mit den eben erwähnten Leberentartungen oder ohne dieselben gefunden werden.

Von der Milz lässt sich dasselbe sagen wie von der Speck- und Wachsmilz, im Uebrigen hat man noch keine Beobachtungen gemacht, welche erlauben, dass man bestimmte, syphilitische Störungen in derselben auf Temperaturanomalien beziehen solle. Dasselbe ist zu sagen von der Thyrioidea, Thymus und von der Umgebung der Nieren. Ebensowenig kann man sich ein bestimmtes Urtheil über die Beziehungen zwischen den tieferen Lymphdrüsenaffectionen und Fieberzufällen erlauben. Die Lymphdrüsen, welche fast immer mehr oder weniger sichtbar betheiligt sind, so dass man markige Schwellung in grosser Ausbreitung sehen kann, müssten, wenn die bei ihnen vorkommenden chronischen Processe einen Einfluss auf das Fieber hätten, häufiger mit Fieber bei Syphilis verbunden sein, als wir beobachten. Die oberflächlich gelegenen Lymphdrüsen sind in ihren Umwandlungen leichter zu verfolgen. Hier kommt es vor, dass eine oder mehrere derselben anschwellen und in Vereiterung übergehen, nicht nur in der Form eines acuten, sondern auch eines sehr chronischen Processes. Eine verschiebbare, bohnengrosse, empfindliche Geschwulst löthet sich an die darüberliegende Haut an, und durch centralen Zerfall entsteht ein träges Geschwür, dessen Form in der Regel von dem Sitz abhängt. wo es sich befindet. Auch wenn sich viele derartige Stellen gleichzeitig ausbilden, kann Fieber fehlen. Doch auch ist das Fieber in anderen Fällen beträchtlich, selbst wenn man nur eine einzige derartige Stelle sich entwickeln sieht. Das Fieber steht dann gar nicht im Verhältniss zum örtlichen Uebel. Bei den acuten Vereiterungen der Lymphdrüsen, welche mitunter nicht eher aufhören, bis die unterminirten Drüsenpackete exstirpirt worden sind, ist das Fieber häufiger und mitunter sehr hoch; dasselbe gilt von einfacheren von der Drüse oder deren Umgebung ausgehenden Abscessen. Wie bei jedem anderen Abscesse verhält sich hier das Suppurationsfieber. Mitunter gehen die Abscesse in Gangrän und in Pyämie über. Diesen Vorgängen entspricht dann Fieber. Drüsenvereiterungen verlaufen aber auch zuweilen ganz fieberlos.

6. Der Circulationsapparat.

Das Gefässsystem. Dessen Erkrankungen sind in ihren Beziehungen zum Temperaturverlauf sehr subtil zu beurtheilen. Die verschiedenen Störungen, welche hier durch die Syphilis hervorgerufen werden, bedingen Verhältnisse, welche an und für sich nichts Eigenthümliches bieten. Ich kann daher nur beispielsweise erwähnen, dass Apoplexien im Gehirn und seinen Anhängen oder Rupturen, in den Lungen oder sonst wo, veranlasst durch Erkrankungen der Gefässe selbst oder secundär durch narbige Schrumpfung der Gummata u. s. w., kurz, dass die verschiedensten Störungen in ihrem Temperaturverlauf nichts Eigenthümliches bieten. Die Einflüsse der Therapie lassen mitunter auch eine Beeinflussung der Temperatur gewahren.

Virchow hat zuerst einen Fall von Myocarditis und Endocarditis erzählt, bei welchem er von einer eitrigen, käsigen Metamorphose eines syphilitischen Knotens im Herzfleisch berichtet. Im Verlauf dieser tödtlichen Erkrankung zeigten sich intercurrirende Temperatursteigerungen mässigen Grades.

7. Die Respirationsorgane.

Die acuten und chronischen Processe des Nasencanals verlaufen sehr häufig ganz ohne Fieber; zuweilen sind die catarrhalischen Affectionen, der Schnupfen mit leichten Temperaturerhöhungen verbunden; doch ist dann selten der Schnupfen allein die Ursache des Fiebers, sondern, wenn nicht irgend andere Complicationen zugegen sind, so findet man oft auch consecutive, ulcerative Processe. Doch kommen letztere häufig genug völlig fieberlos vor. Auch die Störungen des Kehlkopfs, seiner Höhlen sind in der Regel fieberlos. Suffocationserscheinungen in Folge von syphilitischen Tumoren am Kehldeckel oder in der Kehlkopfshöhle können, so lange, als es nicht bis zum vollständigen Luftmangel kommt, und wenn sich derartige Anfälle innerhalb Stunden und Tagen bei zwischenliegenden freien Pausen häufig wiederholen, allmählig Temperaturerhöhungen hervorbringen, wie wir solche unter Umständen auch bei Athemnoth aus anderen Ursachen beobachten. Schliesst sich Collaps an, so haben wir die Temperaturverhältnisse des Collaps.

Die verschiedenen syphilitischen Processe der Lungen in ihren mannigfachen Ausgängen verlaufen sehr oft fieberlos. Doch ist auch hohes Fieber oder wenigstens lange Zeit anhaltendes Fieber mit Remissionen zu finden und zwar unter Umständen, bei denen man den Zusammenhang mit Syphilis nicht leugnen kann, sei es, dass bei einem Syphilitischen während der Krankheit Lungencatarrhe sich anschliessen, so dass nach dem Tode sich nur chronische Bronchitis darbietet, oder dass deutliche syphilitische Processe gefunden werden.

Bei den fieberlosen Lungenaffectionen haben wir aber mitunter dieselben Befunde wie bei den fieberhaften. Wodurch im letzten Fall das Fieber bedingt wird, lässt sich nicht genau bestimmen, auch lässt sich die Grenze zwischen anderen Störungen und ihrem etwaigen Antheil am Fieber selten ziehen. Es besteht aber ein wesentlicher, klinischer Unterschied zwischen den syphilitischen Lungenstörungen und der Tuberkulose, mit welcher Verwechslungen vorgekommen sind und noch vorkommen.

Nach meinen Erfahrungen und nach dem in der Literatur zerstreuten Material, welches man hier verwenden kann, stelle ich folgende Sätze auf:

1. Wenn bei einem Tuberkulösen, welcher zugleich an Syphilis leidet, fortschreitende Processe auf der Lunge ohne Fieber vorkommen, so hat man das Recht, die Symptome mit der grössten Wahrscheinlichkeit auf Syphilis zu beziehen. Der tuberkulöse Befund gehört hier einer früheren Periode der Tuberkulose an.

2. Ist unter übrigens gleichen Verhältnissen Fieber vorhanden, so bleibt es zuweilen zweifelhaft, ob die Tuberkulose oder die Syphilis die Ursache des fortschreitenden mit Fieber verbundenen Lungenprocesses ist, wiewohl man hier mit grösserer Wahrscheinlichkeit unter Würdigung aller hier in Frage kommenden Umstände die Tuberkulose im Auge behalten muss.

3. Wenn bei einem syphilitischen Kranken Tuberkulose nicht nachgewiesen werden kann, und fortschreitende Processe auf der Lunge ohne Fieber vorhanden sind, so ist mit Berücksichtigung alles dessen, was die Diagnose der Syphilis sonst noch sichern kann, Lungensyphilis anzunehmen.

4. Ist übrigens unter gleichen Verhältnissen und unter Ausschluss von Bedingungen, welche etwa ein anderes Leiden in den Vordergrund stellen könnten, ein febriler Zustand eingetreten, so widerspricht also das Fieber der Annahme einer syphilitischen Lungenaffection nicht, wiewohl man bedenken muss, dass das Fieber auf eine beginnende Tuberkulose oder auf andere beginnende Störungen bezogen werden könnte.

Zu 1. führe ich folgendes instructive Beispiel an: Ein Kranker war vor 8 Jahren im Alter von 24 Jahren an Syphilis erkrankt und mit Quecksilber behandelt worden. Ein Jahr später beginnende Tuberkulose mit Hämoptysen. Im Laufe der folgenden Jahre traten verschiedene Lungenstörungen, welche auf Tuberkulose bezogen wurden, ferner Zeichen einer fortschreitenden Syphilis, Exostosen auf dem Nasenknochen und Einfallen der Nase, sowie Exostosen am Schienbein, ferner Hautausschläge und andere Syphilissymptome ein. Der Kranke erholte sich allmählig, blieb aber immer mager. Ich behandelte den Kranken zuerst 7 Jahre nach der Ansteckung. Der Kranke litt an eitrigem Auswurf ohne Fieber, übrigens liess sich die Tuberkulose nachweisen.

Status praesens. Acht Jahre nach der Ansteckung. Dämpfung in beiden Lungenspitzen und in den beiden oberen Lappen eine ungefähr hühnereigrosse Caverne aus den physikalischen diagnostischen Merkmalen zu vermuthen. Auf der linken Seite, an der oberen Grenze des unteren Lappens eine taubeneigrosse, unregelmässig begrenzte Dämpfung, daselbst starkes Rasseln und Schmerz beim Athmen. (Quelle der Blutung.) Patient ist jetzt von starken Hämoptysen befallen. Die übrige andere Lunge frei. Verschärftes Athmen. Am Penis eine alte Induration, deren Haut sich exfoliirt. Leistendrüsen geschwellt. Weitere Zeichen eines syphilitischen Recidivs sind nicht aufzufinden. Der Kranke ist sehr herabgekommen und äusserst abgemagert, so matt, dass er sich nicht aufrichten kann.

Im Verlauf der nächsen 14 Tage, während welcher Zeit ich den Kranken nur mit Morphium behandelte, hörten die Hämoptysen nicht auf; im Verlaufe jeden Tags verlor der Kranke nach und nach ungefähr je eine halbe Obertasse Blut, dazu schleimig-eitriger und ab und zu eitriger Auswurf. Die Temperatur war regelmässig früh und Abends und ausserdem noch zu anderen Zeiten genau von mir selbst mit dem Thermometer gemessen worden und stets absolut normal. Die Blutung schien, nach der Art ihres Erscheinens zu urtheilen, capillär zu sein; aus einer Caverne kam sie nicht. Ich verordnete jetzt dem Kranken mit Rücksicht auf die früher acquirirte (in der That noch bestehende) Syphilis und im Anschluss an die früher durchgemachte Quecksilberkur 2,0 Kali jodat. auf 200,0 Gramm Wasser, täglich einen Esslöffel voll zu nehmen. Ein anderer Arzt, der zur Consultation gezogen wurde, beurtheilte den Kranken als im letzten Stadium der Tuberkulose befindlich. Deshalb konnte es von mir gewagt scheinen, diesem herabgekommenen Tuberkulösen Jodkalium zu verabreichen. Jedoch schon am anderen Tag nach dem Gebrauch des Jodkali hörte die Blutung auf, es kamen nur dann und wann noch einige mit Blut tingirte Sputa. Der Kranke stand schon nach 8 Tagen auf, Blut kehrte nicht wieder. Nach 14 Tagen ging Patient aus; er hatte sich wunderbar rasch erholt. Ein Vierteljahr später kam eine kleine Blutung wieder. Abermals 2,0 Kali jodat. und Stillstand der Blutung. Ein Vierteljahr später heirathete der Kranke. Es sind nun schon über 2 Jahre verflossen, die Blutung ist nicht wiedergekommen, Patient geht seinen Geschäften als Kaufmann nach; er hat sich völlig erholt; die Färbung der Haut ist blutreich, die Ernährung ist auffällig besser geworden. Magerkeit ist allerdings bis zu einem gewissen Grade geblieben. Ich sehe den Kranken häufig, er klagt über Nichts und befindet sich wohl, lebt in guten Verhältnissen.

Die ätiologischen Beziehungen der Syphilis zur Tuberkulose sind klinisch und pathologisch-anatomisch sehr schwer zu beurtheilen. Für die Meinung, dass sich so zu sagen die Tuberkulose aus der Syphilis heraus-

bilden könne, findet man Anhaltepuncte auch in der klinischen Beobachtung; vergleicht man dabei die anatomischen Befunde, so lässt sich auch Manches in dieser Beziehung entsprechend deuten, wiewohl ein genauer Beweis noch nicht geführt werden kann. Es kommen auch wieder Fälle vor, wo chronische, namentlich die gelatinöse Form der Pneumonie, bei gleichzeitigen Zeichen von Syphilis, Pharynxgeschwüren u. s. w. gefunden wird, wo aber die Existenz einer Tuberkulose nicht bewiesen werden kann. Ob ein Zusammenhang dieses Befundes mit der Syphilis anzunehmen ist, dies lässt sich mit Bestimmtheit nicht angeben, ebensowenig lässt sich jetzt schon sagen, ob das hierbei verbundene, sogenannte hectische Fieber direct auf Syphilis oder auf die nur consecutiv sich entwickelnde Pneumonie bezogen werden muss. Es sind von mir früher Sectionen vorgenommen worden, aus denen ich glaube schliessen zu dürfen, dass eitriger Zerfall in Folge syphilitischer Processe nicht so leicht vorkommt. Die syphilitischen Verdichtungen und mannigfachen Vorgänge in den Geweben bewirken in ihrer Umgebung eher einen anämischen Zustand, so dass die Bedingungen einer activen Entzündung und ihrer Folgen weniger gegeben sind. Die Bedingungen zu Fiebererscheinungen, wenn wir den Antheil, welcher bei dem Grade des Fiebes auch dem localen Process und seinen Rückwirkungen auf den Organismus zugetheilt werden muss, berücksichtigen, sind hier also in dieser Hinsicht seltener. Somit erklärt sich wenigstens theilweise vielleicht, dass wir bei syphilitischen Lungenaffectionen nicht so leicht Fieber beobachten. Secundäre Stasen können allerdings circumscripte, lobuläre Pneumonien hervorrufen und ein entsprechendes Fieber veranlassen, wie es der lobulären Pneumonie zukommt. Kommt allerdings Tuberkulose mit in's Spiel, sei es, dass dieselbe früher schon bestanden hatte, oder sich erst entwickelt, so wird der Zustand anders, der eitrige Zerfall wird vorherrschend, und das Fieber fehlt dann nie und ist auf die Tuberkulose direct zu beziehen, während die Syphilis hier nur die Bedeutung eines den Fortschritt derselben begünstigenden oder deren Entwicklung anregenden Momentes hat. Die Therapie lässt hier mitunter gerade eine Controle zu. —

Wenn in Folge eines grösseren oder kleineren Gummiknotens und dessen Schrumpfung unter Bildung narbiger Einziehungen capilläre Rupturen und hämorrhagische Infarcte sich ausbilden, so ist hier der Temperaturverlauf derselbe wie bei hämorrhagischen Infarcten aus anderen Ursachen. Fieber fehlt auch hier häufig, ebenso wie z. B. bei hämorrhagischen Lungeninfarcten in Folge von Herzkrankheiten.

8. Das Nervensystem.

Bei der grossen Mannigfaltigkeit der Erkrankungen des Nervensystems ist es sehr schwierig, den Antheil zu bestimmen, welcher zu dem Zustande-

kommen von Fiebererscheinungen beiträgt. Das Centralorgan hat selbstverständlich bei dem Zustandekommen eines jeden fieberhaften Zustandes eine vorwiegende Bedeutung. Wenn wir die Processe des Nervensystems nur kurz und im Allgemeinen betrachten, so erkennen wir gerade hier, dass das Fortschreiten der Syphilis sehr häufig ohne Fieber einhergeht. Sowohl die Erkrankungen, welche sich auf einzelne Nervenzweige beschränken, als auch die schwereren Formen des Centralorgans und seiner Anhänge mit und ohne consecutive Veränderungen, bis hin zum tödtlichen Ausgang können in ihrer grossen Mannigfaltigkeit völlig fieberlos verlaufen. Es zeigt sich aber wieder auch Fieber, und es sind Fälle von Erkrankungen des Nervensystems in Betracht zu ziehen, wo die syphilitische Ursache nicht bezweifelt werden darf. Das Fieber ist sehr variabel, und es lassen sich allgemeine Normen über den Verlauf des Fiebers gar nicht aufstellen. Ich fasse daher das umfängliche Kapitel der syphilitischen Nervenkrankheiten kurz zusammen und sage: Wenn eine bestimmte Form irgend welcher Erkrankung des Nervensystems sich ausgebildet hat, so entspricht der Temperaturverlauf dann dem Charakter dieser bestimmten Erkrankung. Zum Beispiel: Wenn sich auf syphilitischer Grundlage eine allgemeine Paralyse entwickelt hat, so kann der Verlauf ein vollständig fieberfreier sein, mag der Fall ausnahmsweise in Genesung übergehen oder tödtlich werden; oder es sind hier auch intercurrirende Temperatursteigerungen zu finden, gerade so wie bei Paralysen ohne syphilitische Grundlage. Ein eigenthümlicher Verlauf wird durch die syphilitische Aetiologie nicht erkannt. Es ähneln beispielsweise secundäre Erweichungsprocesse der Hirnsubstanz, des Rückenmarks, sowie die verschiedenen weiteren Ausgänge derselben im Verlauf solchen Processen, welche auch ohne syphilitische Ursache bedingt wurden. Die syphilitische Aetiologie tritt in Bezug auf den Temperaturverlauf zurück. Der Temperaturverlauf wird auch durch den Sitz der syphilitischen Processe beeinflusst. Es gelten hier dieselben Gesetze, wie im Allgemeinen. Bilden sich z. B. syphilitische Tumoren mit ihren verschiedenen Ausgängen an einer Stelle des Centralorgans, welche eine regulatorische Bedeutung für die Körperwärme hat, so bleibt die Temperaturabweichung nicht aus. Wenn man das Rückenmark in der Gegend der Halswirbel durchschneidet, so erfolgt Temperatursteigerung bis zu excessiven Höhen; je weiter nach abwärts man die Durchschneidung vornimmt, desto weniger von Einfluss auf die Temperatur ist das Experiment. Krankhafte Vorgänge, welche eine Störung der Verbindung im Rückenmark nachahmen, Blutextravasate, Abscesse, Erweichungsprocesse kommen gewissermassen in ihrem Temperatureffect dem Experiment gleich; bei einem Schuss durch das Rückenmark in der untern Halswirbelgegend habe ich z. B. 33,6 R. finale und postmortale Temperatursteigerung beobachtet. Bei einem Paralytiker, welcher die

deutlichen Zeichen einer Syphilis trug, indurirten Schanker, Gummata an der Stirn u. s. w., waren in den letzten Tagen vor dem Tode beträchtliche terminale Temparaturerhöhungen von mir gefunden worden. Die Temperatureffecte konnten hier mit Recht auf acute Erweichungsprocesse in den mittleren Partien des Rückenmarks bezogen werden. Ich war nicht im Stande, syphilitische Producte im Rückenmark zu erkennen. Wenn man es also dahingestellt sein lassen muss, ob der Erweichungsprocess direct oder entfernter von der Syphilis abhängig gewesen ist, so kann man hier eben nur sagen, dass ein Erweichungsprocess mit den ihm eigenthümlichen, thermometrischen Eigenschaften verläuft.

Wenn z. B. Krämpfe auf syphilitischer Grundlage eintreten, so nehmen diese ihren Verlauf; der zuweilen eigenthümliche Temperaturverlauf ist dann nicht direct der syphilitischen Nervenerkrankung zuzuschreiben, weil die syphilitische Erkrankung hier nur die entfernte, anregende Ursache von Vorgängen ist, von welchen wir wissen, dass sie auch auf andere Weise eingeleitet werden können. Siehe den von mir beschriebenen Fall [1]) einer Geisteskrankheit auf syphilitischer Grundlage und den hierbei ausführlich von mir beobachteten Temperaturverlauf. In dieser Arbeit sind drei Fälle von Geisteskrankheiten angeführt, bei welchen früher syphilitische Ansteckungen stattgefunden hatten. —

Insofern allerdings die Ausgänge der syphilitischen Geschwülste im Allgemeinen gewisse Eigenthümlichkeiten haben, muss sich auch hieraus eine allgemeine Beziehung zur Körpertemperatur ergeben. Jedoch im Verlauf selbst lässt sich etwas Characteristisches nicht erkennen. Das syphilitische Gumma veranlasst z. B. nicht so leicht eine Vereiterung und geht eher in narbige Einziehungen und damit verknüpfte Processe über. Hiernach werden beispielsweise Temperaturverhältnisse, welche auf Eiterungsprocesse zurückzuführen sind, weniger vorkommen. Doch können syphilitische Veränderungen im Centralorgan Encephaliten mit Eiterungen veranlassen. Dieselben unterscheiden sich von gleichen Vorgängen in Folge anderer Ursachen, so weit bis jetzt Beobachtungen vorliegen, in ihrem Temperaturverlauf nicht.

In chronologischer Hinsicht lassen sich bis jetzt keine bestimmten Normen des Temperaturverlaufs aufstellen, welche über die Abweichung der Körperwärme in frühen oder späten Perioden bestimmte Beziehungen aufzustellen erlaubten. Es liegen bis jetzt noch nicht genügende Beobachtungen vor. Im Allgemeinen kann man sagen: Je längere Zeit die Syphilis bei ungenügender oder indifferenter Behandlung bestanden hatte, um so

[1]) Temperaturbeobachtungen bei tetanischen Krämpfen Geisteskranker etc. Zeitschr. f. Psychiatr. Bd. 25. Heft 1 u. 2. 1868.

tiefgreifendere Veränderungen bilden sich aus, wenn man von den Fällen einer frühzeitigen Heilung der Syphilis absieht. Diese Erfahrung gilt nicht nur für das Nervensystem, sondern auch für die übrigen Systeme des Körpers. Es liegt daher nahe, dass in den späteren Perioden der Krankheit dadurch, dass die Störungen Zeit hatten, sich ungestört weiter zu entwickeln, sich häufiger tiefgreifende Veränderungen ausbilden, welche nunmehr einen beträchtlichen Einfluss auf das Centralorgan in seinen ursächlichen Beziehungen zum Temperaturverlauf haben müssen. Meine eigenen Beobachtungen über diesen Gegenstand bieten nichts Eigenthümliches; ich habe einige Beispiele von syphilitischen Geisteskrankheiten gesammelt. Auch die Statistiken aus den Irrenanstalten geben vor der Hand dasselbe Resultat. Die Syphilis, als ätiologisches Moment der Geistes- und Nervenkrankheiten, liefert bekanntlich eine nicht unbeträchtliche Ziffer und ist erst in der neueren Zeit genügender gewürdigt werden. Man kann aber nur im Allgemeinen auf jene Geistes- und Nervenkrankheiten verweisen, bei welchen die Syphilis eine ätiologische Rolle spielt, und muss noch sehr vorsichtig mit Schlüssen sein, wenn man die Abweichungen der Körperwärme mit Syphilis in Zusammenhang bringen will.

Doch auch in der frühen Periode der Syphilis, nachdem der erste Ausbruch der Syphilis vorüber ist, in welcher ebensogut schon tiefgreifende Veränderungen des Nervensystems vorkommen können, erkennen wir eine Betheiligung des Nervensystems sowohl aus den verschiedenen Zufällen als auch ganz besonders aus den Fieberbewegungen überhaupt. Schlüsse aus dem Fieberverlauf auf die Natur der nervösen Störungen dürfen nur mit grösster Reserve gemacht werden. Unter Umständen gestattet allenfalls der therapeutische Eingriff, dessen Einfluss man zuweilen auf dem Temperaturverlauf zu erkennen im Stande ist, einen Schluss auf die syphilitische Natur der Erkrankung.

C. Aetiologie.

Für die Aetiologie des Fiebers im Verlaufe der Syphilis kommen nicht mehr und nicht weniger wie bei jeder anderen Krankheit die Erklärungsversuche der Fiebertheorien in Betracht, ohne dass man hier im Stande wäre über die Ursachen des Fiebers eine genügende Antwort zu geben.

Bei der Syphilis, welche gewisse Vergleichspuncte mit den exanthematischen Krankheiten bietet, sind wir unter den contagiösen, fieberhaften Erkrankungen noch am meisten im Stande, den Einfluss eines »Reizes« der hier durch von Aussen dem Körper einverleibte fremde Körper (hier Contagium) erfolgt, wenigstens anzudeuten. Dass bei jeder Krankheit besondere, (nicht zu ermittelnde), Verhältnisse obwalten, erkennen wir aus dem jeder Krankheit eigenthümlichen Fieberverlauf.

Im Beginn- und Entwicklungsstadium der syphilitischen Erkrankung sehen wir, dass die Ernährungsflüssigkeit, das Blut mit einem fremden Körper vermischt wird, und dass unter Wechselwirkung zwischen Ernährungsflüssigkeit und Nervensystem, welches letztere aus dem veränderten Blut seine Stoffe erhält, eine Schritt für Schritt fortschreitende Veränderung als sogenannt leukämische zu erkennen ist. Diese Veränderung des Blutes, unter welcher die Allgemeinernährung des Körpers mehr oder weniger auffällig leidet, geschieht, wie ich durch meine thermometrischen Beobachtungen während des sogenannten Incubationsstadiums der Syphilis dargethan habe, fieberlos. Hierauf tritt plötzlich innerhalb gewisser Zeitgrenzen, an der Grenze unserer Beobachtung bei einem veränderten Blut unter scheinbar denselben Verhältnissen in einem Falle Fieber ein, im anderen Falle fehlt das Fieber. In welchen Ursachen hier die Verschiedenheit beruht, welches die letzten auslösenden Ursachen für das Fieber zwischen dem zweifellos betheiligten Centralapparat und der Ernährungsflüssigkeit sind, dies vermögen wir nicht zu verfolgen. Man kann hier aber sehen, wie Fieber zu Stande kommt, ehe sich für uns sichtbare Localisationen ausgebildet haben und hieraus erkennen, wie man das Zustandekommen eines Fiebers nicht von Localherden abhängig machen darf. So sieht man bei der Syphilis recht deutlich, dass sich mitunter vielfache, umfängliche Localherde ohne jedes Fieber bilden, dass aber diese Localherde mitunter eine Rückwirkung auf den Organismus ausüben können, vermöge welcher Combinationen entstehen, welche den Eintritt von Fiebererscheinungen begünstigen. Welches die eigentlichen Ursachen der Fieberzustände sind, dies wissen wir nicht.

D. Diagnose.

Die beiden Hauptformen, unter welchen das Fieber bei Syphilis aufzutreten pflegt, sind die continuirliche und das remittirende Fieber.

Das continuirliche Fieber. Dasselbe kommt in seiner typischen Form mit der ihm folgenden acuten Entfieberung zur Zeit des ersten Eintritts der constitutionellen Erscheinungen vor. Die continuirliche Form des Fiebers in dieser Periode der Krankheit ist bei Weitem nicht immer deutlich ausgesprochen, sondern wir beobachten, wie früher erwähnt worden, verschiedene Abstufungen von der einfachen, einmaligen Temperaturerhebung bis zur ausgeprägten, continuirlichen Form. Continuirliches Fieber findet sich aber auch im späteren Verlauf der Syphilis zuweilen als terminale Erscheinung. Dann ist es auf Complicationen zu beziehen, welche mit der Syphilis in gar keinem oder in sehr entferntem Zusammenhang stehen. Das continuirliche, syphilitische Fieber in der Eruptionsperiode kann Veranlassung zu Verwechslungen mit den verschiedenen fieberhaften Erkrank-

ungen geben. Namentlich sind, wie ich früher erwähnt, die verschiedenen, acuten, exanthematischen Krankheiten, Urticaria, Erysipel, Zoster in das Bereich der Betrachtungen zu ziehen, ferner muss man unter Umständen Typhus im Beginn, Darmcatarrh, Ephemera u. s. w. endlich Rheumatismus mit berücksichtigen. Es wird jedoch der geschilderte Verlauf dieses syphilitischen Eruptionsfiebers wenn irgend ein Zweifel obwalten sollte, bald Aufklärung in der Diagnose geben. Verwechslungen werden namentlich bei den acuten exanthematischen Krankheiten und bei Typhus nicht so leicht vorkommen; jedoch ist zu beachten, dass, wenn man bei einem mit indurirtem Schanker behafteten Kranken ein continuirliches Fieber selbst mit typhusartigen Erscheinungen beobachtet, man eine Diagnose nicht voreilig stelle.

Das remittirende Fieber. Das im weiteren Verlauf mit der Krankheit direct in Zusammenhang zu bringende Fieber ist vorwiegend remittirend. Hierbei kommen die mannigfaltigsten Nüancen in Bezug auf Grad, Dauer und Art der Remission vor. Hiermit erledigen sich namentlich die Bestrebungen, verschiedene Formen des syphilitischen Fiebers und differentielle Merkmale dieser Formen mit anderen Erkrankungen aufzustellen. Im Allgemeinen kann man sagen, wenn unter deutlichen Symptomen einer fortschreitenden Syphilis remittirendes Fieber auftritt, so ist mit grosser Wahrscheinlichkeit dieses Fieber auf Syphilis zu beziehen. Wenn aber vor der syphilitischen Ansteckung chronische oder andere Krankheiten vorhanden waren, oder sich mit und ohne Anregung der Syphilis dergleichen ausbildeten, so wiegen diese in der Regel in einer Weise vor, dass man auf sie und nicht auf Syphilis das Fieber beziehen wird. Tuberkulose, unregelmässiges Intermittens und Rheumatismus, lassen zuweilen auf Zeit die Diagnose unentschieden, weil diese Krankheiten ebenso wie Syphilis mit grossen Remissionen verlaufen können; doch wird theils die specielle Würdigung des Verlaufs jeder Erkrankung, theils die Berücksichtigung des Umstandes, ob eine fortschreitende Syphilis in Frage kommt, theils der therapeutische Erfolg, theils die fortgesetzt genaue Beurtheilung aller Verhältnisse einen Aufschluss geben. Es kann jedoch nicht in Abrede gestellt werden, dass Fälle vorgekommen sind, wo man eine Entscheidung sofort nicht treffen konnte, auf welche Affection das Fieber bezogen werden musste. Das Fieber der chronischen Tuberkulose verläuft zuweilen nicht anders wie das Fieber, welches chronische, syphilitische Processe begleitet. Ob hier Uebergänge von Syphilis in Tuberkulose vorliegen, dies ist eine noch offene Frage; das Fieber der Syphilis, welches von vielen Autoren als intermittirendes beschrieben wurde, ist strenggenommen kein intermittirendes Fieber, weil die genauen, characteristischen Merkmale fehlen. Wohl kommt ab und zu eine nur annähernde Aehnlichkeit vor, und wenn das syphilitische Fieber dem

tuberkulösen zuweilen gleichen kann, so müsste bei der mitunter vorkommenden Aehnlichkeit des tuberkulösen Fiebers mit dem intermittirenden Typus bei der Syphilis ein intermittirender Typus zu erwarten sein. Doch fehlen bei der Syphilis die genauen Merkmale eines intermittirenden Fiebers. Weder eine gewisse Regelmässigkeit der Remissionen, noch was das Wesentliche ist, die Regelmässigkeit und Dauer der Fieberparoxysmen und der fieberfreien Zeiträume ist bei der Syphilis vorhanden. Das Fieber der Syphilis nach der Eruptionsperiode ist eben nur ein remittirendes Fieber, bei welchem zwischendurch dann und wann fieberfreie Zeiträume ohne regelmässige Wiederkehr sich einstellen können. Zur Diagnose eines intermittirenden Fiebertypus gehört unbedingt eine thermometrische Beobachtung, weder das subjective Hitzegefühl noch das Gefühl des körperlichen Wohlbefindens genügt für die Annahme eines Fiebereintritts noch eines fieberfreien Zeitraums. Diese Betrachtung haben wir auch auf die Feststellung eines Fiebertypus bei der Syphilis anzuwenden, wenn der Beweis für dessen angeblich so häufigen, intermittirenden Typus geliefert werden sollte. Zur Feststellung eines intermittirenden Fiebertypus gehören zum mindesten täglich zwei Temperaturmessungen und nicht nur eine Temperaturbeobachtung, wie sie an vielen Krankheitstagen der von Courteaux angeführten Temperaturcurven angegeben ist. Es liegt aber nahe, dass bei Kranken mit entsprechenden Fiebererscheinungen, welche früher an Intermittens gelitten haben, die Frage mitunter schwer zu entscheiden ist, ob ein unregelmässiges Intermittens oder ein syphilitisches Nachschubfieber vorhanden sei. Eine solche scheinbare Aehnlichkeit berechtigt noch nicht zur Aufstellung einer intermittirenden Form des syphilitischen Fiebers; denn einmal kommt nach meinen Beobachtungen die Form eines regelmässigen intermittirenden Fiebers bei der Syphilis nicht vor, und dann ist die unregelmässige Fieberform des Intermittens oft so abweichend, dass es aus dem Fieberverlauf allein oft schwer wird selbst die Diagnose des Intermittens zu stellen. Solche Abweichungen von der regelmässigeren Form eines Fiebertypus kann man meiner Meinung nach nicht recht wohl zu Vergleichspuncten wählen. Die von Courteaux angeführten Beispiele für einen intermittirenden Typus des syphilitischen Fiebers zeigen nicht jene Merkmale, wie sie einem intermittirenden Typus zukommen. Beispiel 5: hier ist während des Tags keine Temperaturbeobachtung vorgenommen worden, und dann stimmt das ganze Beispiel nach den gemachten Thermometerbeobachtungen eher mit einem Eruptionsfieber überein, worauf Remissionen, allabendliche Exacerbationen mit Remissionen und theilweise Entfieberung folgen. Bisweilen ist bei einem angeblich intermittirenden Fieber nur ein subjectives Hitzegefühl als Beweis für den intermittirenden Character angeführt worden, wie auf pag. 31 bei Courteaux zu erkennen ist. Bei

Beobachtung 6 ist keine Thermometermessung gemacht worden. Die von YVAREN gemachten Angaben, dessen Buch[1]) mir vorgelegen hat, lassen sich, so interessant das Buch sonst ist, auch nicht verwerthen, obgleich darin gesagt ist, dass das Fieber bei Syphilis einen intermittirenden Character besitze.

Das Bild des acuten, multiplen Gelenkrheumatismus wird man mit der Syphilis nicht wohl verwechseln. Die chronischen Formen des Rheumatismus sind aber mitunter schwer von syphilitischen, fieberhaften Affectionen zu unterscheiden. Die häufigen Verwechslungen bei der Diagnose beweisen diese Behauptung zur Genüge.

Ueber Pyämie, wo ebenfalls Remissionen vorkommen können, habe ich mich schon früher ausgesprochen.

E. Prognose.

Der Eintritt von Fieber ist kein absolut ungünstiges Symptom. Fiebererscheinungen gestalten allerdings eine Erkrankung an und für sich zu einer schwereren, und insofern das Fieber irgend welche bedenklichen syphilitischen Processe oder Folgeveränderungen begleitet, erschwert es natürlich den einzelnen Fall. In Bezug auf das Eruptionsfieber zur Zeit des ersten Erscheinens der constitutionellen Symptome kann man sagen, dass dessen Auftreten nicht gerade eine schwerer verlaufende Syphilis vorhersagen muss; denn oft verlaufen Syphiliden, welche mit beträchtlichem Fieber einhergingen später günstig und fieberlose später schlecht. Wenn aber im weiteren Verlauf sich Fieberanfälle häufen, so deutet dies schon auf ein Fortschreiten der Krankheit, auf ungünstige Verhältnisse und auf cachectische Zustände, welche eine schlechte Prognose geben. Jene Monatelang andauernden Fieberzustände, welche die Folge von consecutiven Störungen der verschiedensten Art sind, gehen gewöhnlich in terminale Affectionen über; doch hat man auch Ausnahmen, und man hat jedenfalls bei der Beurtheilung eines Falles alle Verhältnisse in Rücksicht zu ziehen. Es geben jedenfalls auch die übrigen Symptome der Syphilis Aufschluss, und die verschiedenen, complicirenden krankhaften Zustände haben überhaupt eine grosse Bedeutung. Wenn bei cachectischen, mit chronischem Fieber behafteten Syphiliskranken Entfieberung eintritt, so hat eine solche Entfieberung nicht immer eine prognostisch gute Bedeutung. Eine Entfieberung berechtigt wenigstens nicht an und für sich, eine gute Prognose zu stellen.

F. Therapie.

Speciell auf das grosse Kapitel der Syphilistherapie einzugehen liegt ausser dem Plane dieser Schrift, ich kann daher nur kurz von allgemeinen

[1]) Metamorphoses de la Syphilis.

Gesichtspuncten und davon sprechen, was hier besonders in Betracht kommt.

Nach den allgemeinen und auch nach meinen Erfahrungen muss hervorgehoben werden, dass keine Behandlungsmethode mit Sicherheit im Stande ist, das Auftreten irgend eines Symptoms der Syphilis zu verhindern. Auch für das Fieber als Symptom der Syphilis gilt die allgemeine Erfahrung.

Insofern dem Quecksilber und Jodkalium unter Umständen, unter gewissen Voraussetzungen, mit gewissen individuellen Beschränkungen eine heilsame Wirkung auf die Syphilis nicht abzusprechen ist, und da unter den vielfachen Medicamenten, welche gegen die Syphilis in Anwendung gezogen worden sind, bei dem entschiedenen Einfluss des Quecksilbers und Jodkaliums auf die Syphilis im Allgemeinen als auch auf die Fiebererscheinungen bestimmte Erfahrungen vorliegen, welche in Betreff der Fiebererscheinungen bei den übrigen Behandlungsmethoden fehlen, so begnüge ich mich hier, nur von dem Quecksilber und Jodkalium zu sprechen.

Auf viele Symptome der Syphilis hat die frühzeitige Verabreichung des Quecksilbers keinen Einfluss; z. B. das locale Geschwür bei gleichzeitig allgemeiner Syphilis nimmt in Folge Quecksilberbehandlung durchschnittlich betrachtet keinen wesentlich kürzeren Verlauf als ohne eine Quecksilberbehandlung. In der Periode der Roseola und der nun folgenden Exantheme aber verschwinden diese Exantheme besonders rasch durch subcutane Sublimatinjectionen[1]. Wenn wir aber das erste Incubationsstadium, also das früheste Stadium des constitutionellen Syphilis betrachten, in welchem nur erst das locale Geschwür beobachtbar ist, so hat das Quecksilber in seiner verschiedenartigen Anwendung in dieser Periode gerade auf das Fieber einen entschiedenen Einfluss. Das erste Prodromalfieber kommt nämlich unter frühzeitiger Verabreichung von Quecksilber in der Regel nicht zum Ausbruch. Diese Angabe habe ich schon früher bei meinen Temperaturbeobachtungen gemacht. Während sich in dieser Periode das frühzeitig verabreichte Quecksilber insofern oft unwirksam zeigt, als trotz dessen früher Anwendung das Geschwür nicht heilt und schwere Symptome nachfolgen können, bleibt das Fieber gewöhnlich aus. Der Gewinn, dieses erste Eruptionsfieber der Roseola so zu sagen unterdrückt zu haben, ist also nicht wesentlich, da wir schon gesehen haben, dass ein Nichtzustandekommen prognostisch keine wesentliche Bedeutung hat.

Es kommen aber auch Ausnahmen vor, wo trotz Quecksilberbehandlung Fieber bemerkt wird. — Wenn wir das Quecksilber erst kurz vor der Epoche, wo das Eruptionsfieber aufzutreten pflegt, also nicht sogleich mit

[1] Siehe G. Lewin, die Behandlung der Syphilis mit Sublimatinjectionen, Berlin 1869.

Beginn der Ansteckung, sondern erst mehrere Wochen nach der Infection geben, so ist der Einfluss dieses Mittels gegen das Eintreten des Fiebers schon weniger auffällig, das Fieber scheint sogar gerade leichter einzutreten, es wird gewissermassen durch die ersten Gaben zum Ausbruch gebracht. Ist das Eruptionsfieber als Vorläufer der ersten, deutlichen Syphilissymptome einmal zum Ausbruch gekommen, so vermag das Quecksilber jetzt keinen bemerkbaren Einfluss auf dasselbe zu üben, dasselbe nimmt entsprechend anderen exanthematischen Krankheiten seinen eigenthümlichen Verlauf. Diese von mir schon früher gemachten Angaben beziehen sich auf das Eruptionsfieber in der ersten Syphilisperiode, welche ich damals vorwiegend im Auge hatte; ich gedachte auch früher kurz der Fiebererscheinungen in den späteren Perioden der Syphilis, aber von dem Einfluss des Quecksilbers auf das Fieber in diesen späten Perioden, nach dem ersten Ausbruch der Syphilis, habe ich nicht gesprochen. Die Beurtheilung meiner Aussprüche durch Courteaux, welcher sich gegen meine schon früher ausgesprochenen, hier wiederholten Ansichten wendet, indem er denselben deshalb nicht beistimmt, weil entgegen meiner (für die Eruptionsperiode hingestellten) Behauptung, »dass die Quecksilberbehandlung den Fieberausbruch verhindere«, trotz früher verabreichten Quecksilbers in späteren Perioden der Syphilis Fieberzufälle vorkommen, ist also nicht gerechtfertigt, da ich dies nicht bestritten habe. Das Fieber verhält sich aber zur Therapie wie jedes andere Symptom der Syphilis. Unter dem Einfluss irgend einer Kurmethode, hier z. B. des Quecksilbers, ist man mitunter nicht im Stande, irgend ein Symptom, so auch das Erscheinen des Fiebers zu verhindern. Dies gilt sowohl von dem Eruptionsfieber, als auch von dem remittirenden Fieber der späteren Krankheitsepochen. Im Allgemeinen kann man sagen, in allen den Perioden, in welchen sich irgend ein Medicament wirksam gegen die Symptome der Syphilis zeigt, erstreckt sich diese Wirksamkeit auch auf das Fieber. Wo das Fieber als eins der Symptome der fortschreitenden Syphilis vorkommt, da kann man am besten die Therapie durch ihren etwaigen Einfluss auf das Fieber controliren. Zeigt sich die Therapie erfolgreich, so bemerkt man im Falle vorhandenen Fiebers bald eine Veränderung, einen Nachlass des Fiebers und bald eine günstige Wendung im Verlauf der übrigen Symptome. Zeigt sich eine Therapie erfolglos, dies gilt auch von der Quecksilbertherapie, so kann jedes Symptom des entsprechenden Krankheitsstadiums auftreten. Mithin haben wir auch Fälle, bei denen trotz verabreichten Quecksilbers später Fieber folgte.

Wenn bei fortschreitender Syphilis kein Fieber vorhanden ist, was häufig vorkommt, so muss man natürlich den Erfolg der Therapie aus der Besserung der übrigen Erscheinungen bemessen.

Ich wende mich nun noch zur Beurtheilung der Wirkung des Jodkaliums.

Während also das Quecksilber erst von dem Zeitpunct an, nachdem die ersten Zeichen der vollzogenen Allgemeininfection ausgebildet sind, also durchschnittlich mehrere Monate nach erfolgter Ansteckung seine heilsamere Wirkung beginnt und nach individueller Verschiedenheit des Verlaufs in verschieden langen Zeiträumen, zu bestimmten Epochen mit gewissen Symptomen, noch eine günstige Wirkung beobachten lässt, hat das Jodkalium durchschnittlich eine besonders günstige Wirkung, nachdem sich diejenigen Symptome ausgebildet haben, welche gewöhnlich als tertiäre beschrieben werden. Hierbei tritt mitunter eine besonders günstige Wirkung hervor, wenn in früheren Zeiten Quecksilberkuren vorhergegangen waren. Doch lassen sich selbstverständlich auch hier keine genaue Regeln aufstellen. Eine Schablone der Behandlung giebt es nicht, und man wird gut thun, bei einem rapideren Verlauf der Krankheit, wenn z. B. solche Erscheinungen, welche man dem Uebereinkommen gemäss als tertiäre auffasst, schon in frühen Perioden beobachtet, auch frühzeitig Jodkalium zu verabreichen. In der Regel aber vermag das Jodkalium im Beginn der Syphilis, zur Zeit des Incubationsstadiums, und ebenso in einer der Eruptionsperiode nächstgelegenen Zeit auf die Weiterentwickelung der Syphilis nicht erfolgreich zu wirken. Das Medicament hat auf etwa jetzt vorhandenes Fieber keinen auffällig bemerkbaren Einfluss. Jedoch in den späteren Perioden der Syphilis ist das Jodkalium, welches hier schon längst in einem besonderen Rufe steht, auch auf das Fieber von günstigem Einfluss. Von welchem Zeitpunkt diese günstige Wirkung des Jodkaliums eintritt, dies lässt sich auch hier nicht durch ein allgemein gültiges Schema ausdrücken. Jeder Fall ist besonders zu beurtheilen; eine strenge Scheidung zwischen secundärer und tertiärer Periode giebt es auch in therapeutischer Hinsicht nicht. In einem Falle tritt der Zeitpunkt, wo das Jodkalium wirksam wird, zeitiger ein als im andern; bei wieder anderen Erkrankungen ist selbst in den spätesten Perioden der Syphilis eine Quecksilberkur noch von dem günstigsten Erfolg.

Ueber die Wirkung des Jodkaliums auf tertiäre Symptome haben Duffin und Bäumler Beobachtungen angestellt und thermometrisch und sonst auch therapeutisch nachgewiesen, dass ausser der diagnostischen Bedeutung auch die therapeutische Seite sich durch die Beobachtung des Temperaturverlaufs controlirt. Ich verweise auf die schon mehrfach citirte Arbeit von Bäumler, aus welcher der deutliche Einfluss des Jodkaliums auf das syphilitische Fieber und die gleichzeitigen Syphiliserscheinungen hervorgeht.

Was die übrigen Medicamente, Jodeisen, Salmiak, von Frerichs gegen syphilitische Affectionen der Leber, Milz, Nieren unter gewissen Verhältnissen empfohlen, und andere Kurmethoden anlangt, so vermag ich über deren Einfluss auf das syphilitische Fieber keine Angaben zu machen.

Ich gedenke nun noch der Fiebererscheinungen Syphilitischer, welche

durch eine energische Queeksilberkur, namentlich durch forcirte Einreibungen und Räucherungen entstehen, und welche schon die Aerzte früherer Jahrhunderte und später LOUVRIER und Andere erwähnen. Das Fieber bei den Einreibungen war eine gewöhnliche, bekannte Erscheinung. Durch den Quecksilbermissbrauch wurde manchmal ein chronischer, cachectischer Zustand hervorgerufen, welcher die verschiedensten fieberhaften Complicationen veranlasste. Jene Fieberzustände sind von den älteren Schriftstellern gewöhnlich als hectische und als Vorläufer des tödtlichen Ausgangs einer syphilitischen Erkrankung beschrieben worden. Das Fieber einer acuten und chronischen Quecksilberintoxication darf nicht mit dem Syphilisfieber verwechselt werden.

Endlich erwähne ich noch, dass forcirte Hungerkuren, die von Manchen geübten Semmel- und Weinkuren bei Syphiliskranken ebenso wie bei anderen Kranken heftige Fieberzustände mit Delirien veranlasst haben.

6. Hereditäre Syphilis.

Bei der hereditären Syphilis hat man zu unterscheiden.

1 Es wird ein Kind mit deutlichen Zeichen der Syphilis geboren, so dass die Epoche der ersten Eruptionsperiode schon vor der Geburt abgelaufen ist. Hierauf schliessen sich nun die weiteren Erscheinungen der Syphilis an.

2 Oder erst nach der Geburt kommen die Symptome der Syphilis zur Wahrnehmung.

Temperaturbeobachtungen sind bei der hereditären Syphilis bis jetzt nicht bekannt gemacht worden. Auch der in der Literatur vorgeführte Fall eines syphilitischen Säuglings mit Marasmus und beträchtlich subnormaler Temperatur kann für die hereditäre Syphilis nicht angezogen werden, weil nicht angegeben ist, ob der Säugling an einer hereditären oder acquirirten Syphilis gelitten hatte. Wir haben aber in dieser Beobachtung ein Beispiel einer sehr niederen Temperatur bei syphilitischem Marasmus.

Berichtigungen.

Seite	Zeile		lies:
Seite 2,	Zeile 16	v. u.	lies: das statt den.
» 4,	» 1	v. u.	» 1668 statt 1686.
» 22,	» 7	v. o.	» Pudendorum statt Pudentorum.
» 24,	» 11	v. o.	» tumultuetur statt tumultuetuer.
» 33,	» 5	v. o.	» und ausserordentlich matt statt und Schmerzen ausserordentlich matt.
» 33,	» 6	v. o.	» ziehende Schmerzen und statt ziehende und.
» 39,	» 18	v. u.	» Blasenformen statt Blasenform.
» 40,	» 12	v. o.	» geleugnet statt geläugnet.
» 43,	» 5	v. u.	» Ecthyma statt Ectyma.
» 51,	» 14	v. o.	» gewesen, statt gewesen.
» 52,	» 23	v. u.	» Extremitäten statt Eytremitäten.
» 57,	» 10	v. u.	» Ecthymapusteln statt Ectymapusteln.
» 59,	» 3	v. o.	» Rinde statt Binde.
» 62,	» 6	v. u.	» Blatterefflorescenzen statt Blätterefflorescenzen.
» 65,	» 17	v. o.	» übrigens statt übrigen.
» 73,	» 17	v. u.	» können statt kännen.
» 76,	» 5	v. u.	» Scarlatina statt Scarlatine.
» 77,	» 17	v. o.	» massen statt maassen.
» 80,	» 11	v. o.	» dann. 1) statt dann.
» 85,	» 19	v. o.	» Experimente statt Eyperimente.
» 93,	» 4	v. u.	» Lancereaux statt Lanceraux.
» 118,	» 11	v. o.	» Periostitis statt Periositis.
» 125,	» 21	v. u.	» geringsten statt geringster.
» 129,	» 2	v. o.	» 15graniger statt 10graniger.
» 146,	» 7	v. u.	» sehen statt schen.
» 150,	» 4	v. u.	» bildete statt bilde.
» 151,	» 4	v. o.	» lies statt liess.
» 151,	» 12	v. o.	» eingespritzte statt eingespritzie.
» 175,	» 2	v. o.	» die subjectiven, statt die subjectiven.
» 187,	» 13	v. u.	» occasionellen statt occosionellen.



Druck von Breitkopf und Härtel in Leipzig.



